Nr. 44. 28. października 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jerzy GOERTZ. Lwów.

Klinika zakażeń pałeczką Banga.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Nieliczne są przykłady, żeby historja medycyny dała nam sposobność spostrzegania narodzin nowej choroby zakaźnej. Zdaje się jednak, że właśnie lata ostatnie sposobność taką nam przyniosły pod postacią licznych przypadków zakażenia pałeczką ronienia zakaźnego u ludzi.

Schorzenie zdawna znane i opisane (XVI wiek) u zwierząt — pojawia się pod określoną postacią kliniczną u ludzi. Zarazek ronienia zakaźnego zostaje opisany po raz pierwszy przez Nocarda w r. 1885. W 10 lat później Bang i Stribold wykazują doświadczalnie jego chorobotwórczość u zwierząt. Dopiero w r. 1921 łączy Bevan w związek przyczynowy schorzenie u człowieka z pałeczką ronienia zakaźnego, jako z czynnikiem etjologicznym, pojmując jednak swój przypadek jako gorączkę śródziemnomorską. Tak więc upływa przeszło 35 lat od czasu wykrycia zarazka aż do rozpoznania zakażenia nim u ludzi, jako takiego. Zainteresowanie się sprawą tego zakażenia rośnie z postępem następnych lat, w miarę spostrzegania coraz to liczniejszych przypadków podobnych niemal w całym świecie. Jednak pozostaje nierozstrzygniętem zagadnienie przynależności do gorączki maltańskiej, przedewszystkiem z tego powodu, że początkowo znaczną część przypadków opisano w krajach leżących w strefie zakażeń pałeczką maltańską. Poczynając od Keefera (1924) w Stanach Zjednoczonych i Duncana w Afryce Południowej, którym udało się wykazać we krwi hodowlą oraz serologicznie obecność zarazka ronienia zakaźnego u człowieka — ukazują się prace Carpentera i Huddlesona, który w roku 1925 spostrzegał pierwsze zakażenie laboratoryjne u studentów. Pierwszą zaś większą epidemję opisali Ficai i Alessandrini w prowincji Arezzo, gdzie zebrali 16 przypadków zakażenia pałeczką ronienia. Jednak dopiero wtedy, gdy Kristensen w Danji ogłosił pierwszą serję swoich przypadków w liczbie 89 w r. 1927 z dodatnim odczynem zlepnym, wtedy stało się rzeczą jasną ponad wszelką wątpliwość, że jest to schorzenie inne, niż gorączka maltańska. Albowiem tak daleko na Północy nigdy dotąd nie spostrzegano przypadków gorączki maltańskiej a zawleczenie jej drogą importu zakażonych kóz z Południa można było łatwo wykluczyć.

Zarazek ronienia zakaźnego, — pałeczka ronienia Banga należy, według systematyki amerykańskich autorów do rodzaju *Alcaligenes* gatunku *alc. abortus*. Inna systematyka, przyjęta na Zachodzie zalicza ją do grupy *Brucella* wspólnie z pałeczką maltańską. Nazwa polska ustalona przez Komisję Słownikową A. M. W. we Lwowie w 1930 r. brzmi: pałeczka ronienia zakaźnego. Jest to pałeczka podobna nieco do ziarenkowca o średnicy dochodzącej przeciętnie do 1 μ, nieco zaokrąglona, ułożona zwykle pojedynczo a czasem w krótkich łańcuszkach. Nie posiada ruchów własnych ani rzęsek, nie tworzy zarodników ani otoczki. Według Grama barwi się ujemnie, natomiast łatwo chłonie wszystkie barwiki zasadowe. Hodowla jest trudna i wymaga szczególnych warunków tlenowych. Mianowicie zarazek ten odznacza się własnością tak zwanej mikroaerofilji, t. j. rośnie zaszczepiony z organizmu zwierzęcego tylko w zmniejszonem ciśnieniu tlenu a zwiększonem ciśnieniu bezwodnika kwasu węglowego. Warunkom tym najlepiej odpowiada, między innemi, metoda Nowaka, ogłoszona w r. 1908, która posługuje się zdolnością pożerania tlenu przez laseczkę sienną, przez co w jednej komorze zamknięta z nią hodowla pałeczki Banga uzyskuje optymalną uboższą w tlen atmosferę. W licznych modyfikacjach tej metody stosowano zamiast laseczki siennej pałeczkę okrężnicy lub gronkowca. Druga z najbardziej rozpowszechnionych metod, podana przez Huddlesona, posługuje się lampką spirytusową, która, paląc się przez pewien czas w zamkniętej komorze, wprowadza około 10% bezwodnika węglowego, zmniejszając tem samem ciśnienie cząstkowe tlenu. W takich warunkach na pożywce, buljonie cukrowym z dodatkiem wątroby rozwijają się kolonje pałeczki Banga w ciągu 6—8 dni, dając potem już następne generacje zdolne do rozwoju w warunkach atmosferycznych. Ze względu na brak zdolności fermentacyjnej względem mleka, upłynniania żelatyny, należy pałeczka Banga do rodzaju *Alcaligenes*. Żywotność pałeczki Banga jest wybitna i długa w wodzie, mleku, świeżym twarogu, mleku kwaśnem i kefirze. Środki odkażające niszczą ją z łatwością i w krótkim czasie. Ogrzanie do 80° przez 5 minut zabija ją całkowicie. W doświadczeniach nad opornością pałeczki Banga wobec środków chemicznych w porównaniu z pałeczką okrężnicy okazało się, że pałeczka ronienia łatwiej ulega zniszczeniu niż pałeczka okrężnicy.

Kwas solny 1% z dodatkiem 8% soli kuchennej zabija ją według Zwicka i Wedemana już w 1/4 minuty przy 20°. Na wysychanie jest pałeczka ronienia zakaźnego bardzo odporna, bo według Poppego utrzymuje zdolność do życia w zaschniętym materjale z łożysk bydlęcych do 120 dni, w maśle, według Prausnitza, do 4 miesięcy zaś w mleku i śmietanie w ciepłocie 8° przez 8—10 dni.

Jeśli chodzi o stosunek do pałeczki maltańskiej, to w wyniku dotychczasowych badań niema pewnego sposobu odróżniania obu tych zarazków pod względem postaciowym i hodowlanym. Według Kristensena, tylko następujące własności dadzą się użyć do odróżnienia tych dwu pałeczek, względnie ich typów. Świeżo wyosobnione szczepy pałeczki ronienia u człowieka i u zwierząt nie dają wzrostu w warunkach tlenowych — podczas gdy pałeczka maltańska odrazu rośnie w tych warunkach. Zachowanie się względem barwików pozwala na względne odróżnienie poszczególnych szczepów zwierzęcych i ludzkich pałeczki ronienia. Tionina hamuje wzrost szczepów świńskich, nie hamuje zaś ludzkich i bydlęcych, fiolet metylowy działa odwrotnie. Badania zlepnikowe Alicji Evans, Fleischnera, Feusiera i Mayera przeprowadzone na całym szeregu szczepów tak pałeczki Banga jak i pałeczki maltańskiej zapomocą odczynu Castellani'ego wysycenia aglutynin, pozwoliły na wyróżnienie szczepów ludzkich i bydlęcych od świńskich a przedewszystkiem od pałeczki maltańskiej. Z drugiej strony z badań tych wynika, że pałeczka maltańska i pałeczka ronienia zakaźnego to przedstawiciele jednego i tego samego drobnoustroju, różniący się jedynie przystosowaniami biologicznemi. Zdaniem Burneta i Conseille'a, wynikałoby z tego, że pałeczka ronienia jest tylko postacią gatunku *Brucella*, która przez przystosowanie się do bydła utraciła częściowo zdolności chorobotwórcze względem człowieka. Klinika tych dwu schorzeń rzeczywiście mogłaby takie zapatrywanie potwierdzać. W naszym klimacie zagadnienie odróżnienia pałeczki maltańskiej od pałeczki Banga miałoby znaczenie raczej tylko teoretyczne.

Chorobotwórczość pałeczki ronienia zakaźnego u zwierząt jest bardzo szeroka. Zakażenia doświadczalne udawały się prawie u wszystkich zwierząt w tym kierunku badanych. Spośród zwierząt laboratoryjnych nadaje się szczególnie świnka morska, co jest rzeczą ważną ze względu na znaczenie rozpoznawcze i epidemjologiczne.

Albowiem zakażenie tego zwierzęcia zapomocą mleka, czy innego płynu ustrojowego, przez proste wstrzyknięcie podskórne lub dootrzewnowe, a nawet wtarcie w zdrapany naskórek udaje się z reguły. Badania doświadczalne na tem zwierzęciu dostarczyły też ważnych danych anatomo-patologicznych o przebiegu zakażenia pałeczką Banga. W 4—6 tygodni po takiem zakażeniu rozwija się zakażenie ogólne z gorączką — znoszone jednak bez szkody. Połowa zwierząt ciężarnych roni w tym czasie.

Zakażenie u ludzi dochodzi do skutku przez przeniesienie z chorego bydła, świń, rzadziej od owiec. Drogami zakażenia są: przewód pokarmowy i skóra. Należy przyjąć, że i nieuszkodzone błony śluzowe, jak spojówka oka, mogą być miejscem wniknięcia zakażenia do ustroju. Prawie zawsze chodzi tylko o zakażenia jednostkowe, niekiedy dotyczące conajwyżej członków jednej rodziny. Występowania masowego nie spostrzegano w przeciwieństwie do gorączki śródziemnomorskiej. Według zestawień większości autorów, w krajach Europy Wschodniej i Północnej — około 1/3 część zakażeń przypisać można zakażeniu doustnemu, 1/3 część przypada na zakażenia drogą skóry i wreszcie

1/3 część zakażeń pozostaje niewyjaśniona. Głównym produktem przenoszącym zakażenie doustne jest mleko i jego przetwory. Mleko niegotowane spożywane, jak wiemy, prawie powszechnie w tym stanie w krajach anglosaskich, jest w tej mierze głównem źródłem zakażenia. Z przetworów mleka wchodzi dalej w rachubę masło oraz sery. Biorąc pod uwagę, że przy znacznem rozszerzeniu zakażenia pałeczką Banga wśród bydła wielu krajów olbrzymie ilości mleka zawierają zarazki, uderzającym jest fakt stosunkowo małej ilości zakażeń u ludności. Rzuca się to szczególnie w oczy w Niemczech, gdzie w niektórych okolicach, jak np. w Holsztynie, około 30% mleka targowego zawiera pałeczki Banga, a dodać trzeba, że ludność wszystkich warstw zasadniczo używa mleka niegotowanego, przeważnie śmietanki surowej, zawierającej według Nyfeldta szczególnie dużo zarazków. Również i wyniki doświadczalnych badań u człowieka nad zakażeniem świadczą o tem, że zakażenie to drogą doustną niełatwo dochodzi do skutku. Kögel wypijał dziennie po 10—15 cm^3 mleka surowego zawierającego pałeczki ronienia w ciągu 4 tygodni i pozostał zdrów zarówno klinicznie, jak i serologicznie. Podobnież i u dzieci, które wypijały znacznie większe ilości mleka zakażonego — Fleischner, Vecki i Shaw nie znaleźli aglutynin w surowicy krwi. Do tych samych wyników u dorosłych doszedł Coolidge. Wyjaśnienie tej rozbieżności jest trudne. Zakażenie, być może, zachodzi dopiero wtedy, gdy przez jakiekolwiek inne w tym lub poprzedzającym czasie przebyte zakażenie osłabi się odporność, względnie zwiększy wrażliwość organizmu na zakażenie, albo wreszcie czynnik ten spowoduje ujawnienie się zakażenia chorobą Banga nabytego już dawniej (Spengler, Rimpau). Zdaniem Huddlesona, można przyjąć, że mleko zakażone zawiera również przeciwciała zabójcze dla zarazków, co utrudnia zakażenie. Nie bez znaczenia będzie również fakt, stwierdzony przez Ponticaccia, że tylko pierwsze poronienia u krów prowadzą do zakażenia człowieka. Wynikałoby stąd, że przez dłuższe przebywanie w organizmie zwierzęcym nie traci zarazek swych właściwości poronnych, a traci natomiast zdolność chorobotwórczą dla człowieka. Zwrócimy tu wreszcie uwagę na jeszcze jedną możliwość wyjaśnienia niestosunku między obfitością zakażonego mleka i jego przetworów a ilością zakażeń. Z badań Zwicka i Wedemana wiadomo, iż kwas solny 1% zabija pałeczki ronienia w przeciągu 1/4 minuty przy 20°. To samo w nieco dłuższym czasie, bo w 1½ minuty dzieje się z pałeczką okrężnicy. Wobec tego, że, jak wiemy stężenie kwasu solnego w soku żołądkowym w warunkach fizjologicznych dochodzi do 0.6%, można z dużem prawdopodobieństwem przyjąć, że działanie takiego soku żołądkowego jeśli nie zabije, to w każdym razie silnie osłabić musi zdolność do rozwoju i chorobotwórczość pałeczki ronienia. Wiemy dalej, jako o fakcie klinicznie stwierdzonym, że sok żołądkowy nie zawiera pałeczki okrężnicy, odporniejszej, jak wyżej widzieliśmy, od pałeczki Banga. Otóż wydaje się nam rzeczą bardzo możliwą, że tu właśnie tkwi jedna z ważniejszych przyczyn małej ilości zakażeń przez spożycie produktów zakażonych. Natomiast niewielkie stosunkowo zmiany w chemizmie żołądka, spowodowane bądźto nadużyciem alkoholu, czy też jako następstwo tak częstych stosunkowo nieżytów żołądka z niedokwaśnością stanowiłyby teren podatny do zakażeń tą drogą. Rozpatrywanie ujemnego wyniku prób doświadczalnego zakażenia drogą doustną i porównanie warunków tych doświadczeń z warunkami zakażeń laboratoryjnych przypadkowych i doustnych nasuwa jeszcze jedno przypuszczenie: otóż próby zakażenia sztucznego wykonywali autorzy z reguły w ten sposób, że podawali zakażone pokarmy, a więc mleko z dodatkiem hodowli zarazków względnie buraki. Natomiast zakażenia laboratoryjne przypadkowe zdarzają się zazwyczaj przy żołądku opróżnionym, niezawierającym wcale lub tylko ślady kwasu solnego. Cząstki hodowli bakteryjnych połknięte tylko wraz ze śliną do żołądka nie stanowią bodźca trawiennego i zarazek przeniknąć może z łatwością przez błonę śluzową pozbawioną ochrony naturalnej, jaką stanowi działanie soku żołądkowego. Droga pozajelitowa zakażenia wydaje się być wobec tego ważniejszą, a według statystyki zawodowej osób zakażonych — częstszą. Poczynając od drobnych uszkodzeń błony śluzowej jamy ustnej, migdałków, spojówki oka ulegającej tak często mikroskopowym uszkodzeniom aż do uszkodzenia naskórka rąk, mamy szereg wrót zakażenia. W oborach bydła zakażonego, w rzeźniach, gdzie praktykowane jest również wypijanie krwi świń, możliwości zakażenia są bardzo duże. Spożywanie mięsa surowego tak częste w Niemczech Północnych — należy wziąć pod uwagę według Heglera, jeśli chodzi o zakażenia pałeczką typu świńskiego. Lenhartz zwracał uwagę na możliwość zakażenia przez branie do ust źdźbeł trawy podobnie jak przy promienicy. Zakażenie człowieka od człowieka notowane jest w piśmiennictwie raz jedyny przez Schnürera, który opisuje przypadek, w którym ginekolog uległ zakażeniu w czasie zabiegu u kobiety roniącej spowodu choroby Banga. Natomiast nigdy nie spostrzegano zakażenia u osób pielęgnujących chorych na chorobę Banga.

Badania Jaffego, Löfflera, Lotzego, Rösslego i innych skreśliły obraz zmian anatomicznych i histologicznych, charakterystyczny dla zakażenia pałeczką ronienia. W narządach wewnętrznych, śledzionie i wątrobie oraz w narządach rozrodczych stwierdza się z reguły największe zmiany. W powiększonej śledzionie, wątrobie, płucach oraz szpiku kostnym stwierdza się liczne szaro-żółte gruzełki, niedające się makroskopowo odróżnić od gruzełków gruźliczych. Histologicznie zmiany te przedstawiają się jako proces ziarninowy epiteloidalno-komórkowy *(retotelia)* z pojedyńczemi komórkami olbrzymiemi Langhansa. Guzki te w odróżnieniu od gruzełków gruźliczych nie wykazują centralnej martwicy i są naogół od nich większe. Pozatem w naczyniach żylnych śledziony, w której największe znachodzi się zmiany, odbywają się procesy zapalne *(endophlebitis)* z zakrzepami, przechodzącemi anatomicznie drogą naczyń na wątrobę. Löffler i Albertini opisali zmiany anatomo-patologiczne u człowieka w wyciętej operacyjnie śledzionie oraz Roessle w gruczołach pachowych wyciętych u chorego z zakażeniem Banga. Zachodzi tu jaknajdalej idąca analogja ze zmianami u świnki morskiej. Całość obrazu anatomo-patologicznego nasuwa przypuszczenie, że jest to proces należący do grupy schorzeń wątrobowo-śledzionowych. Löffler wskazuje wprost na możliwość rozwoju splenomegalji z następową marskością wątroby w sensie Banti'ego. Ujmuje on jednak sprawę nie jako obraz anatomo-patologiczny choroby Banga, a tylko jako jedną z postaci anatomo-patologicznego odczynu na zakażenia.

W jednym z przypadków Heglera, w którym zejście śmiertelne nastąpiło wskutek zatoru naczyń płucnych, Wohlwill wykazał powiększenie gruczołów okołooskrzelowych i pozaotrzewnowych obok dużego guza śledziony. Histologicznie stwierdził on, obok opisanych wyżej zmian, zgodnych ze zmianami w utkaniu u świnki morskiej, wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe, dość liczne granulocyty z kwasochłonnemi ziarnistościami w gruczołach i śledzionie. W wątrobie spotykał drobne ogniska martwicy jako następstwo ogniskowego zwyrodnienia miąższowego; wyraz uszkodzenia toksycznego. Anatomiczne zejście tych swoistych procesów zapalnych w narządach, a więc zwłóknienie zarówno w śledzionie jak i wątrobie może dać w konsekwencji marskość i jej kliniczne następstwa. Przebieg ostry mógłby ilustrować przypadek śmiertelny Katscha i Wichelsa. W przypadku tym zakażenie pałeczką Banga przebiegało jako *tabes mesaraica* z żółtaczką, bólami nad trzustką, tłuszczowemi stolcami, zwiększeniem się cukru we krwi do 144 mg %, powiększeniem śledziony i wątroby. Obraz histologiczny miał jednak duże podobieństwo do gruźlicy, a też i do ziarnicy złośliwej. Odczyn zlepny w krwi pośmiertnej — dodatni 1:800.

Ciekawe wyniki uzyskali Carpenter i Boak badając migdałki wycięte operacyjnie. Na 56 migdałków udało im się w 8 przypadkach wyhodować pałeczkę Banga. Wskazuje to na możliwość usadowienia się zarazka w migdałkach i propagację w ustroju pośrednio drogami chłonnemi i krwionośnemi. Pozatem zachodzi możliwość nosicielstwa zarazka, który przy sprzyjających okolicznościach atakuje ustrój podobnie jak w innych posocznicach, pochodzenia migdałkowego. Zakażenie pałeczką Banga należy określić jako schorzenie z grupy posocznic, w którem zarazek usadawia się przedewszystkiem w śledzionie, skąd drogą wysiewów do krwi dochodzi do przerzutowych umiejscowień ogniskowych w narządach wewnętrznych.

Zanim przejdziemy do obrazu klinicznego zakażenia pałeczką Banga — podamy w skróceniu historje choroby przypadków spostrzeganych w Klinice lwowskiej w latach od 1929 do 1934.

Przypadek I. Chory M. W. lat 36, lekarz weterynaryjny z pow. tarnobrzeskiego zgłosił się do Kliniki 16. III. 1929. W dzieciństwie przebył odrę. Od kilku lat cierpi na ropotok zębodołowy. Obecna choroba rozpoczęła się w styczniu nagłem wystąpieniem gorączki do 38° przy niezłem samopoczuciu. Po 2 dniach wystąpił ból w jamie ustnej, obrzęk i ropienie dziąseł, zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej policzków oraz języka. Po 2 tygodniach objawy te ustąpiły. W lutym zachorował ponownie wśród podobnych objawów poprzedzonych zwyżką ciepłoty ciała. Po upływie 2 tygodni objawy te znów ustąpiły. Przed 10 dniami objawy powyższe wystąpiły znów w większem nasileniu, niż poprzednio, gorączka do 38° oraz bóle gardła przy połykaniu. Zmiany w jamie ustnej tym razem bardziej bolesne tak, że chory przez kilka dni był na diecie płynnej. Mimo tego oddawał się pracy zawodowej.

Stan obecny: Chory budowy dobrej, odżywienia dobrego, skóra zabarwiona prawidłowo. Na błonie śluzowej warg liczne pęcherzyki wielkości główki szpilki, żółtawo przeświecające, tu

i ówdzie owrzodzenia dość ostro odgraniczone, dochodzące do wielkości ziarna soczewicy, pokryte białawym trudno ścierającym się nalotem. Podobnie, ale mniej liczne zmiany stwierdzono na podniebieniu i na łukach podniebiennych, migdałki nieco zaczerwienione, zresztą bez zmian. Język lekko obłożony. Płuca i serce bez zmian, tony miernie głośne, czyste. Tętno dobrze napięte, równe, 76 na min. RR. 130/78 mm Hg. Wątroba niepowiększona, śledziona wyraźnie macalna pod łukiem, nieco twardsza, tkliwa. Odruchy prawidłowe. Nagół nie czyni wrażenia ciężko chorego. Łaknienie dość dobre, jedynie utrudnienie w połykaniu. W Klinice spędza dzień przeważnie poza łóżkiem. W moczu wzmożenie urobilinogenu. Odczyn dwuazowy i urochromogenowy ujemny. Badanie krwi: ilość c. czerw. 4,680.000, Hb. 78%, wskaźnik Hb: 0,7, ilość c. biał. 5,100, cytologicznie: obojętnochłonne 35,2%, w tem wielojądrzastych 13,3%, pałeczkowych 22%. Brak eozynochłonnych, monocytów 9,2%, limfocytoza 55,2%. Ilość płytek Bizzozera 154.000 w mm^3 (Fonio). Prześwietlenie prom. Rtg. wykazuje wysokie ustawienie przepony, kąty wolne. Cienie wnękowe o nielicznych zagęszczeniach, aorta o cieniu nieco szerszym, serce bardziej poziomo ustawione. Odczyn Bordet-Wassermanna i Sachs-Georgi'ego oraz Widala ujemne. Badanie krwi nazajutrz przy ciepł. 38,3° wykazało ilość c. białych 5.200, cytologicznie: obojętnochłonnych 37,6%, w tem 18% pałeczkowych, eozynochłonnych w ilości 2,4%, tuczne 0.4%, monocyty 6,4%, limfocyty 43,2%. Badanie krwi w kierunku obecności pasorzytów zimnicy — ujemne. Badanie bakterjologiczne i serologiczne: surowica krwi dała wynik aglutynacji dodatni z trzema różnemi wywoływaczami (3 szczepami pałeczki Banga) aż do rozcieńczenia 1/800. Próba Bordet-Gengou z tą samą surowicą dała zupełne powstrzymanie hemolizy w rozcieńczeniu od 0,1 aż do 0.03, t. j. wynik dodatni. W preparacie z owrzodzeń na podniebieniu barwionym tioniną karbolową stwierdzono obecność krętków oraz wrzecionowców *(Fusobacterium)* pozatem paciorkowce tudzież grupki małych pałeczek, które morfologicznie mogłyby odpowiadać pałeczkom ronienia. Hodowle z posiewów krwi dały wynik ujemny. Badanie laryngorynologiczne: *Rhinolaryngo-pharyngitis sicca. Stomatitis ulceroso-membranacea.*

Na zębach szczęki górnej widoczny zanik dziąseł z kamieniem zębowym, za uciskiem z dziąseł wydobywa się nieco wydzieliny ropnej. Przez cały czas pobytu w Klinice chory gorączkuje, gorączka o typie remitującym. Dreszczyki w okresie narastania temperatury stale, dość obfite poty. Samopoczucie niezłe, łaknienie zachowane, utrudnione jedynie spowodu bolesności przy żuciu i połykaniu. Niewielki ubytek na wadze około 2½ kg odnieść należy do utrudnienia w odżywianiu się. Spoczątku chory otrzymał kauzyt bez wyraźnego wpływu na przebieg gorączki. Miejscowo stosowano zrazu pyocyjanazę, później pyoktaninę. W drugim tygodniu pobytu w Klinice zaczęto stosować nowarsenobenzol dożylnie. W czasie tego leczenia nie spostrzegaliśmy również żadnego wpływu na przebieg ciepłoty. Chory po 2 tygodniach opuścił Klinikę. Po opuszczeniu Kliniki chory jeszcze przez tydzień leżał— w ciągu tego czasu stan zaczął się z dnia na dzień poprawiać. Zmiany w jamie ustnej ustąpiły w 5 dni po ostatniej dawce nowarsenobenzolu. W 10 dni jednak później chory zanotował ponowne wzniesienie się ciepłoty niedochodzące wszakże do 38°. Od 23. IV. chory już nie gorączkował, pozostało jedynie osłabienie, które mu przeszkadzało w pracy zawodowej jeszcze przez około miesiąc.

Dokładne wywiady co do okoliczności i czasu zakażenia w tym przypadku wykazały, że zakażenie nastąpić mogło najpóźniej w październiku lub dawniej, gdyż chory w czasie od października do końca grudnia był bądź na urlopie, bądź zajęty zmianą miejsca osiedlenia i nie stykał się z chorem bydłem; mleka niegotowanego nie pijał. Ze względu na rodzaj zajęcia zawodowego chory twierdzi, że zakażenie nastąpić musiało drogą doskórną. Czas wylęgania wynosiłby więc conajmniej 2 miesiące. W przypadku tym typ gorączki przy wolnem stosunkowo tętnie i dobrem naogół samopoczuciu nasuwał odrazu przypuszczenie choroby Banga. Wysokie miano zlepne oraz dalszy przebieg choroby wraz z obrazem krwi potwierdziły pierwotne rozpoznanie. Zmiany w jamie ustnej były głównym objawem chorobowym, obok gorączki. Analogiczne przypadki opisali D i e t e l i S t e i n e r. W naszym przypadku ropotok zębodołowy stanowił prawdopodobnie podłoże dla wystąpienia podobnych owrzodzeń jak przy pęcherzykowem zapaleniu ust. Przebieg naogół bez powikłań, łagodny; trwanie prawie 4 miesiące. Wątroba zrazu niepowiększona, po 10 dniach wychodzi spod łuku żebrowego na dwa palce, w godzinach gorączkowych — tkliwa. Urobilinogen w ciągu obserwacji był raz jeden nieco wzmożony.

P r z y p a d e k II. F. B. lat 32, lekarz weterynarji w pow. Ostrów Mazowiecki przyjęty do Kliniki 25. V. 1931. W dzieciństwie odra. W 18 r. życia dwukrotnie ranny w czasie wojny. W 21 r. ż. dur osutkowy. W 22 r. ż. ostre zapalenie stawów. W 25 r. ż. zapalenie gardła, w 28. ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Od tego czasu przy ruchach forsowniejszych odczuwa tępe bóle w pachwinie prawej. Przed trzema laty zaciął się przy sekcji psa padłego wskutek wścieklizny, w następstwie czego przebył szczepienie Pasteur'owskie. Przed 2 laty zakaził się dwukrotnie przy porodach u krów. Wystąpił wówczas obrzęk i zaczerwienienie przedramienia prawego z wysoką ciepłotą. Po dwu tygodniach sprawa ustąpiła. Obecna choroba rozpoczęła się zwolna, w lutym bież. roku, ogólnem osłabieniem i bólami głowy. Po zapaleniu gardła, które miał w początkach marca, osłabienie wzmogło się, chory zaczął obficie się pocić już przy małych wysiłkach fizycznych. Ciepłoty wówczas nie mierzył. Z końcem marca coraz silniejsze bóle głowy, kończyn i krzyżów, gorączka do 39° z dreszczami pod wieczór. Stan taki trwał około tygodnia. Przez następne dwa tygodnie czuł się lepiej, a jedynie dokuczały mu bóle w kończynach i krzyżach oraz podgorączkowe stany 37,2° i 37,5°, poprzedzane dreszczykami. Po tych dwu tygodniach dość znośnego samopoczucia zjawiają się znów silniejsze bóle głowy i kończyn, osłabienie oraz gorączka do 39°, występująca co wieczór po dreszczach. Wtedy również dołączyły się do tego bóle tępe w okolicy śledziony i wątroby. Po przeszło tygodniowem trwaniu — stan ten ustąpił około 11 dni trwającemu polepszeniu, po którem znów wystąpił trzeci nawrót powyższych objawów, trwający około 9 dni. W czwartym nawrocie chory zgłasza się do Kliniki. Łaknienie w przerwach dość dobre, zmniejsza się w okresach gorączki; wtedy też silne pragnienie. Od początku choroby stracił około 10 kg na wadze. Chory w ostatnich kilku miesiącach usuwał ręcznie dużo popłodów u krów roniących. Chorób wenerycznych nie przechodził. Badanie przedmiotowe stwierdziło: chory wzrostu wysokiego, budowy dobrej, odżywienia prawidłowego, skóra bez zmian, język obłożony, narządy klatki piersiowej bez zmian. Wątroba jeden palec niżej łuku, gładka, dość miękka, tkliwa. Śledziona macalna, nieco tkliwa. Tkliwość w okolicy ślepej kiszki. Temperatura wieczorem 38,7°, naogół nie sprawia wrażenia ciężko chorego, waga ciała 77 kg.

Badanie moczu wykazało silne wzmożenie urobilinogenu, innych zmian w nim nie stwierdzono. Odczyny dwuazowy i urochromogenowy Weissa — ujemne. Odczyn Biernackiego 18 mm na godz. Odczyn Pirqueta — dodatni. Ciśnienie krwi 114/95 mm Hg. Badanie krwi: ilość c. białych 8.300, — w ciągu obserwacji kilkakrotnie oznaczona waha się w granicach od 6,700 do 10.900. Ilość c. czerw. 5,940.000. Hb. 120% Sahli. Wskaźnik 0,86. W ciągu całego pobytu w Klinice kilkakrotne również badanie ilości ciałek czerwonych wykazywało wahania tychże w granicach 5.860.000 do 6,360.000, przyczem równolegle stwierdzono wysoki odsetek hemoglobiny. W obrazie cytologicznym krwi obojętnochłonnych 52.8% z niewielkiem przesunięciem w lewo, które w czasie leczenia z 8.8% spadło do 2.7%. Eozynochłonne wykazują powolny wzrost z 0,4 na 3,2% w ciągu niespełna miesiąca. Limfocytoza w granicach od 35,2% do 40.4%. Monocyty 5.6% — 8,4% i 6.8%. Ilość płytek krwi prawidłowa. Odczyny Widala durowy i rzekomo-durowe ujemne, to samo i Weil-Felixa. Odczyn Bordet-Wassermanna — ujemny, odczyn zlepny z pałeczką Banga 27. V. wynik dodatni w rozcieńczeniu 1/50 i 1/100. Taki sam wynik 29. V. Hodowla z posiewu krwi dwukrotnie ujemna. Podobnież badanie bakterjologiczne treści dwunastnicowej jałowo pobranej wykazało jedynie obecność enterokoków oraz drożdży. Ponowne wykonanie próby zlepnej z pałeczką ronienia zakaźnego dało wyniki następujące: w piątym tygodniu pobytu chorego w Klinice odczyn dodatni aż do rozcieńczenia 1/800. Wiązanie dopełniacza dało we wszystkich trzech dawkach (0,1, 0,05 i 0,03) zupełne powstrzymanie hemolizy. Po dalszych trzech tygodniach stwierdzono wzrost miana zlepnego aż do rozcieńczenia 1/1600. Badanie promieniami Rtg. narządów klatki piersiowej odchyleń od normy nie wykazało. W przewodzie pokarmowym — żołądek i dwunastnica bez zmian, kiszka ślepa leży nisko, nieprzesuwalna i przeciągnięta do linji środkowej, bolesna *(Appendicitis chronica)*. Zdjęcie woreczka żółciowego przy użyciu środka kontrastowego *(Jodtetragnost)* zmian nie wykazało. Badanie laryngologiczne: *Tonsillitis chronica* (z czopami i płynną ropą; wskazana tonsilektomja). Badanie treści żołądkowej naczczo i po śniadaniu białkowem stwierdziło stosunki prawidłowe. W stolcu jaja cianki ludzkiej. Próby funkcjonalne wątroby wykonane z galaktozą — ujemna, z lewulozą — dodatnia; wydzielił 1,3 g lewulozy.

Pięciotygodniowa obserwacja w Klinice ujawniła nieregularny typ gorączki ze wzniesieniami do 38,8°, występującemi często nawet dwukrotnie w ciągu doby i poprzedzanemi dreszczami lub dreszczykami. Spadek ciepłoty do normy następował wśród obfitych potów. Podawane w zwykłych dawkach środki przeciwgorączkowe jak pyramidon oraz kauzyt pozostawały bez wyraźniejszego wpływu na przebieg ciepłoty, a zwłaszcza bólów i ła-

mania w kończynach, na które chory cierpiał w okresach fali zwyżkowej schorzenia. Silnie dodatni odczyn na urobilinogen utrzymywał się przez cały czas obserwacji klinicznej. Okres gorączki trwający dwa tygodnie, obserwowany w Klinice, cechuje się ponadto wyraźnem zajęciem stawów, szczególną bolesnością w stawach kolanowych, skokowych i śródpalcowych, jednak bez wyraźnego obrzęku i zaczerwienienia. Powiększenie wątroby i śledziony przez cały czas pozostaje bez zmiany.

Pod koniec pobytu chorego zastosowano szczepionkę sporządzoną przez Prof. Dr. Legeżyńskiego z dwóch szczepów zwierzęcych pałeczki ronienia zakaźnego, zabitych ogrzaniem bez dodatku środków odkażających. Po pierwszej dawce 0.4 cm^3 wystąpiły w 6 godzin po wstrzyknięciu silne dreszcze, poczem ciepłota w następnych godzinach dochodzi do 39,8°. Chory majaczy. Odczyn ogólny w postaci silnych bólów głowy i w okolicy wątroby i śledziony. Miejsce wstrzyknięcia silnie bolesne i zaczerwienione. W 48 godzin stan podgorączkowy, poprawa samopoczucia. Następne dawki szczepionki w liczbie dwóch znosi chory dobrze, oddziaływując za każdym razem już nieco słabiej. Jako 4. dawkę 0.5 cm^3 zastosowano zabity szczep ludzki, odczyn gorączkowy i ogólny w stosunku do poprzednich najsilniejszy, trwający około 36 godzin. przynosi w następstwie znaczną ulgę oraz stan bezgorączkowy. Chory czuje się zupełnie dobrze, waga ciała w ciągu 7-tygodniowego spostrzegania wykazuje ubytek 1.8 kg. Łaknienie przez cały czas względnie dobre.

W przypadku tym zwraca uwagę szybki wzrost miana zlepnego z 1:100, 1:800 aż do 1:1.600. Dalej zwiększenie ilości c. czerw. i hemoglobiny, utrzymujące się przez cały czas obserwacji.

P r z y p a d e k III. F. M. lat 37, w. mojż. handlarz bydła, pow. Kopyczyńce, przyjęty do Kliniki 26. X. 1931. Zawsze zdrów. Z końcem września wystąpiły u chorego dreszcze, bóle w kościach oraz ogólne osłabienie. Ciepłoty ciała wówczas nie mierzył. Przez pierwszy tydzień choroby oddawał się swoim zajęciom, jednak zwyżki ciepłoty do 38°, obfite poty, bóle głowy a nadewszystko częste wymioty zmusiły go do leżenia. Leczył się na prowincji u lekarza miejscowego bez poprawy. Gorączka utrzymuje się nadal, dokuczliwe bóle głowy, upośledzenie łaknienia. Badanie przedmiotowe: ciepłota 38,4, chory dość dobrze odżywiony, waga 59 kg, ciśnienie krwi 114/74 mm Hg. Tętno 108, dobrze napięte. Wzrost średni, budowa dobra. Płuca bez zmian. Serce w granicach prawidłowych — jedynie nad końcem serca szmer skurczowy. Wątroba powiększona, tkliwa, gładka, sięga 1½ palca niżej łuku żebrowego. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym, nieco oporniejsza. Innych zmian brak. Badanie moczu nie wykazało obecności składników patologicznych. Odczyny dwuazowy oraz Weissa — ujemne. Badanie krwi wykazało ilość c. czerw. 4,270.000, Hb. 86% Sahli, wskaźnik 1. c. białych 7.100. W obrazie cytologicznym obojętnochłonne 60.8%, z nieznacznem przesunięciem w lewo 3,2. Kwasochłonnych brak. Limfocytów 32,4%, monocytów 6.4%. Płytki w ilości prawidłowej. Odczyny Widala i rzekomodurowe wypadły ujemnie. Taksamo Weil-Felix. Odczyn Bordet-Wassermanna — ujemny. Dwukrotny posiew krwi na bulion cukrowy oraz w rurkach z pepton-bulionem według Schottmüllera dał wynik ujemny. Odczyn zlepny z pałeczką Banga wykonany 4-krotnie w czasie 1 miesiąca dał tyleż razy wynik dodatni, dwukrotnie do 1:300 i dwa razy 1:200. Próba wiązania dopełniacza, zmodyfikowana metodą Calmette-Massola, dała wynik dodatni przy dawce dopełniacza 0.15, 0.20, 0.25 i 0.30. Prześwietlenie promieniami Rtg. wykazało brak zmian w narządach klatki piersiowej. Elektrokardiogram serca wykazuje przyspieszenie zatokowe. Wychylenia następowe w odprowadzeniu I. niezaznaczone.

Chory był w obserwacji Kliniki około 6 tygodni. W okresie gorączkowym, trwającym około 15 dni. samopoczucie było dość liche. Bezsenność, brak łaknienia, wychylenia gorączkowe często w nocy wśród dreszczów, potem bardzo obfite poty. Ciepłota w pierwszych trzech dniach o charakterze ciągłym zmienia się w następnych dniach w remitującą ze wzniesieniami do 39,6°. Za każdym razem dreszcze lub conajmniej dreszczyki. Po okresie 15 dni w ciągu tygodnia stany podgorączkowe, nieprzekraczające 37,6°, poczem następuje okres trzech tygodni bezgorączkowy. Waga ciała w ciągu tego czasu nie wykazuje spadku a w ostatnich dniach zaznacza się już wzrost. Już w trzecim tygodniu obserwacji bóle głowy i kończyn oraz poty ustąpiły, samopoczucie znacznie lepsze, śledziona i wątroba niemacalne. W okresie gorączkowym chory skarżył się często na bóle w okolicy śledziony.

Leczenie: Oprócz środków przeciwgorączkowych, które, jak piramidon w wielkich dawkach oraz kauzyt, nie wykazały większego wpływu na ciepłotę — zastosowaliśmy domięśniowo bizmut w połączeniu chinino-jodowem w dwu dawkach. Badanie cytologiczne obrazu krwi w przebiegu choroby wykazuje z poprawą stanu ogólnego wyraźny wzrost limfocytozy z 29,6 na 46%. Wzrost kwasochłonnych, których w pierwszem badaniu nie znaleziono — do 4,4%. Monocyty przez cały czas bez zmiany, około 6%. Ilość ogólna ciałek białych w granicach 5.300, 6.800, 7.700, 7.100.

Chory mleka surowego nie pijał. W swoim zawodzie jednak oglądał, „macał" bydło, pochodzące z rozmaitych stron kraju.

P r z y p a d e k IV. P. L. lat 38, żona posterunkowego P. P. z Mrzygłodu, pow. Sanok. Przyjęta do Kliniki 28. XI. 1931. Chorób dzieciństwa nie pamięta. Przed 11 laty przebyła operację prawostronnego wola. Od 3 lat cierpi na częste bóle w dołku podsercowym i po lewej stronie brzucha, wzdęcia, zaparcie. Od miesiąca miała chora uczucie podwyższonej ciepłoty wieczorem, poprzedzane dreszczykami. Przed kilkoma dniami ze zwyżką temperatury wystąpiła osutka na ciele, która wraz z gorączką po dwóch dniach znikła. Osutka ta nie była swędząca. Ciepłoty nigdy nie mierzyła. Łaknienie upośledzone. Na wadze nie straciła. Oddawała się swoim zajęciom. Badanie przedmiotowe: średniej budowy, odżywienie dość dobre, skóra bez zmian, język obłożony, na szyi z przodu blizna linijna. Gruczoł tarczowy niemacalny. Płuca, serce bez zmian. Tętno miarowe, wolne, 72 uderzeń. Temp. 38,2°. Wątroba i śledziona w granicach prawidłowych. Gruczoły niepowiększone. Ciśnienie krwi 105/55 mm Hg. Waga ciała 53 kg.

Badanie moczu przez cały czas nie wykazało w nim zmian. Prześwietlenie klatki piersiowej i przewodu pokarmowego dało wynik ujemny. Badanie treści żołądkowej naczczo i po śniadaniu próbnem wykazało nadkwaśność miernego stopnia. Badanie krwi: ilość c. czerw. 4,800.000. Hb 90% Sahli, wskaźnik 0.8. Ilość c. białych 5.800, w obrazie cytologicznym obojętnochłonne 68.4%, nieznaczne przesunięcie w lewo 2.4%, kwasochłonne 4%, limfocyty 21.2%, monocytów 2.8%. Odczyny Bordet-Wassermanna i Pirqueta — ujemne. Serologicznie dur i dury rzekome — ujemne. Odczyn Biernackiego 4 mm/godz. Odczyn zlepny przy użyciu pałeczki ronienia zakaźnego jako antygenu dał wynik dodatni do rozcieńczenia 1/200. Powtórnie te same odczyny w tydzień później: zlepny dodatni w rozcieńczeniu 1/200, 1/400 zaznaczony. Próba wiązania dopełniacza dwukrotnie ujemna. Badanie ginekologiczne: *Endometritis cervicalis lev. Retroflexio uteri.*

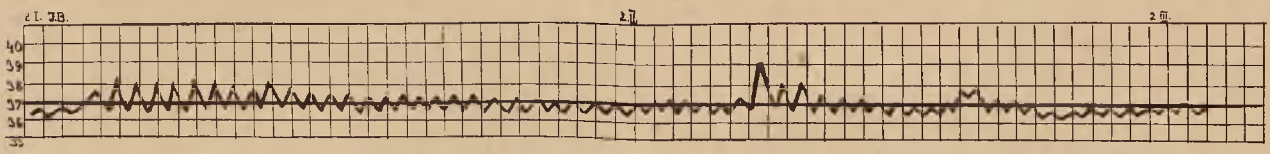
Przez czas obserwacji w Klinice ciepłota wahała się wieczorem do 37,4° w ciągu dwu tygodni, poczem opada do normy. Poza środkami przeciwko nadkwaśności żadnego innego leczenia nie zastosowano.

Przebieg najlżejszy, brak powikłań. Objawy ze strony przewodu pokarmowego występowały na plan pierwszy. Trwanie sprawy około 6 tygodni. Zwracał uwagę mało charakterystyczny obraz krwi

P r z y p a d e k V. J. N. lat 42, w. mojż.. lek. weteryn. z powiatu przemyślańskiego — przyjęty do Kliniki chorób wewnętrznych dnia 26. IV. 1932. W dzieciństwie przebył odrę i płonicę z zapaleniem ucha środkowego i następowem przytępieniem słuchu. W 14 r. ż. ścięcie migdałków oraz usunięcie polipów nosowych. W 38 r. ż. przebył płonicę i dur brzuszny. Przed 2 laty po skaleczeniu w czasie sekcji *panaritium, lymphangitis*. Obecna choroba rozpoczęła się przed 9 tygodniami dreszczykami występującemi w ciągu kilku dni pod wieczór, bólami w kończynach oraz stanami podgorączkowemi. Chory w tym czasie oddawał się swoim zajęciom. Po tygodniu ciepłota dochodziła już wieczorem do 38,5° i przez następny tydzień utrzymywała się na wysokości 38,5—39°. Przez cały ten czas oprócz złego samopoczucia, gorszego łaknienia oraz obfitych potów innych dolegliwości nie odczuwał. Dwukrotnie wykonany odczyn Widala jak również dwukrotny posiew krwi — dały wynik ujemny. Badanie serologiczne w kierunku zakażenia Banga dało wówczas wynik ujemny. Chory przyjęty do Szpitala Okręgowego Związku Kas Chorych 10 marca, gdzie przebywał do 4 kwietnia. W tym czasie badanie moczu wykazało ślad białka, do kilkunastu c. czerwonych w polu widzenia. Chory otrzymywał dożylnie cylotropinę, którą wskutek wyraźnego krwiomoczu — odstawiono. Badanie krwi wykazało: ilość ciałek czerw. 4,540.000. Hb 90, wskaźnik 1, c. białych 8.600, cytologicznie — obojętnochłonne w ilości 74% z niewielkiem przesunięciem w lewo, 5% pałeczkowych, kwasochłonnych 1%. Limfocytoza 23%. W następnych badaniach aneozynofilja. Oznaczenie azotu pozabiałkowego wykazało 20 mg%, próba ksantoproteinowa 20. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. W trzecim tygodniu choroby wystąpił obrzęk gruczołów szyjnych po stronie lewej i ból gardła. Z rozpoznaniem sprawy septycznej wychodzącej z migdałków przeniesiono chorego do Kliniki Laryngologicznej, gdzie dokonano wyłuszczenia migdałków w dniu 15. IV. Migdałki były rozpulchnione z pojedynczemi czopami; „rozłażące się". Ciepłota jednak w dalszym ciągu wykazuje przebieg intermitujący z ran-

nemi spadkami do normy i wieczornemi wzniesieniami do 39°. Wykonane po raz trzeci badanie serologiczne w Zakładzie Mikrobiologji Akad. Med. Wet. dało aglutynację z pałeczką Banga dodatnią w rozcieńczeniu 1/50, 1/100 i 1/200. W wyższych rozcieńczeniach ujemną. Próba wiązania dopełniacza met. Calmette'a-Massol'a dała wynik ujemny. Dnia 18. IV. rozpoczęto podawanie szczepionki Banga w dawce 0.4 cm^3. Bardzo silny odczyn ogólny z dreszczami i gorączką do 40° wieczorem. Spadek ciepłoty wśród nocy z obfitemi potami. W miejscu wstrzyknięcia pojawił się guzek zaczerwieniony, wyniosły, wielkości dużej fasoli z otokiem zaczerwienienia w średnicy około 3 cm, silnie bolesny. Po drugiej i trzeciej dawce szczepionki w ilości 0.5—0.6 w odstępach 4 dni: silne odczyny ogólne z ciepłotą do 40° oraz bólami w stawach. Chory przeniesiony do Kliniki Chorób Wewnętrznych. Badanie przedmiotowe: chory budowy średniej, dobrze odżywiony, na skórze brak zmian. Język obłożony. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Tętno 88 ud/min., dobrze napięte. Ciśnienie krwi 115/65 mm/Hg. Wątroba macalna pod łukiem żebrowym, niebolesna. Śledziona macalna, pod łukiem żebrowym dość oporna, sięga wypukiem do *l. cost. art.* Gruczoły bez zmian. Odruchy prawidłowe. Badania dodatkowe: mocz bez zmian. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje pola płucne bez zmian. Serce o nieco większej komorze lewej, aorta o cieniu nieco silniej wysyconym. Badania krwi parokrotnie wykonane wykazują ilość ciałek czerw. 3,900.000. Hb 70% Sahli, wskaźnik Hb 0.9. Ilość c. białych 10.000. Cytologicznie obojętnochłonne w ilości 76% bez przesunięcia w lewo (2.8%), kwasochłonne 1.6%, limfocytoza 19.2%. Monocytów 2.8%. W następnych badaniach ilość ciałek białych spada do 7.500 i 6.900. Obraz cytologiczny wykazuje przesunięcie w kierunku limfocytozy do 35.6% na niekorzyść obojętnochłonnych. Odczyny Bordet-Wassermanna i Pirqueta — ujemne. Dopiero po podaniu detoksyny występuje znowu leukocytoza obojętnochłonna 19.800 ze znacznem przesunięciem w lewo, 22.8% pałeczkowych i limfopenja. W czasie pobytu w Klinice wyraźna poprawa stanu ogólnego oraz łaknienia. Przebieg ciepłoty w czasie obserwacji klinicznej od trzeciej dawki szczepionki wykazuje przebieg falisty. Tętno wolne nawet przy do 38.7°. Silnie poci się. Po kilku dniach: ciepłota zaczęła opadać, dochodząc najwyżej do 37.8° a od 22 I. nie przekraczała już 37,3°. Chory czuł się lepiej. Stan taki utrzymywał się do 11. II. Wśród kataru nosa, dreszczyków i kłującego bólu przy oddechaniu w boku lewym zwyżka temperatury do 39,3°, w następnych dniach rano prawidłowa, wieczorem do 37,8°. Nie kaszlał. Po 5 dniach dolegliwości te ustąpiły. Po 4-dniowej przerwie znów lekki katar nosa, kłucie w boku lewym, suchy kaszel, temp. 37,8°, silne poty, uczucie rozbicia, bezsenność.

Badanie przedmiotowe: Chory średniej budowy, licho odżywiony. Skóra bez zmian. Język obłożony. Gruczoły niepowiększone. W płucach po stronie lewej granica dolna zarówno z przodu jak z tyłu gorzej ruchoma; 2 palce wyżej ustawiona aniżeli po stronie prawej. To samo w pasze lewej. Drżenie głosowe tamże słabsze. Szmery oddechowe ponad przytłumieniem słabsze. Zresztą bez zmian. Narząd krążenia w granicach prawidłowych, tętno miarowe, dobrze napięte, około 88 ud./min. Wątroba macalna $1\frac{1}{2}$ palca niżej łuku żebrowego, niebolesna. Kończyny dolne bez zmian. Badania dodatkowe: Ciśnienie krwi 115/70 mm Hg, badanie moczu składników nieprawidłowych nie wykazało. Rentgenologicznie: pole płucne lewe w dolnej części zamglone, kąt przeponowo-żebrowy lewy nie wyjaśnia się w całości. Pola płucne pozatem bez zmian. Serce o większej komorze lewej. Dnia 27. II. Kąt przeponowo-żebrowy lewy zacieniony, mała ilość płynu. Badanie krwi: Ilość ciałek czerwonych 5,200.000, Hb 100% Sahli, wskaźnik 1. Ilość ciałek białych 4.000. Obraz cytologiczny: obojętnochłonne w ilości 52,4%, z nieznacznem przesunięciem w lewo, 6,4% pałeczkowych, kwasochłonne 0,4%, limfocytoza 45,2%. Ponowne badanie krwi 22. II. Ilość ciałek białych 6.500, w obrazie cytologicznym — nieco większe przesunięcie w lewo do 10% pałeczkowych. Zresztą stosunki podobne, jak przy badaniu pierwszem. Odczyn Biernackiego 32 mm/godz. Odczyny Bordet-Wassermanna i Pirqueta — ujemne. Posiew krwi na buljonie cukrowym pozostał jałowy. Odczyny Widala-Weil-Felixa oraz na paratyfusy ujemne. Aglutynacja przy użyciu pałeczki Banga z wynikiem silnie dodatnim, do rozcieńczenia 1/1.600, zaznaczona jeszcze w rozcieńczeniu 1/3.200.



Wykres gorączki w przyp. VI. daje nam czysty obraz przebiegu ciepłoty, ponieważ chory przez cały czas obserwacji żadnych środków przeciwgorączkowych nie brał.

temp. 40° wynosi 102 ud./min., przeciętnie zaś 64—78. Podano jeszcze czwartą dawkę szczepionki, po której znów odczyn ogólny dość silny z dreszczami z temperaturą do 39°, obfite poty. Ze względu na to, że chory na dalsze leczenie szczepionką nie zgodził się — rozpoczęto podawanie detoksyny w ilości 10 cm^3 dożylnie. Po 2 wstrzyknięciach chory bez gorączki opuszcza Klinikę.

W następnych miesiącach widzieliśmy chorego jeszcze kilkakrotnie. Po opuszczeniu Kliniki przez kilka tygodni stany podgorączkowe do 37,3°. Stan ogólny znacznie lepszy, przybył na wadze — jeszcze w czasie pobytu w Klinice. Skarży się jedynie na bóle w kończynach o charakterze gośćcowym. Przez kilka miesięcy wykonywał zajęcia zawodowe. W tym czasie powoli zaczęły się rozwijać zmiany stawowe w zakresie kończyn dolnych i górnych, gorączka okresowa nieprzekraczająca 38°, z wysiękami w stawach kolanowych, które ze spadkiem temperatury ulegały wessaniu. Chory następnie był leczony w Szpitalu Kasy Chorych spowodu gośćca wielostawowego z anemją znacznego stopnia. W czasie 5-miesięcznego leczenia spowodu znacznego stopnia niedokrewności wykonano tam przelew krwi. Szpital opuścił bez poprawy. Okresowe gorączki dochodzące do 39°. Informacje te uzyskano od rodziny chorego, który obecnie jest jeszcze niezdolny do pracy. Nie gorączkuje. Niedokrwistość i wychudzenie ustąpiły, przykurczów i atrofij mięśniowych brak. Ruchy jednak bierne i czynne w kończynach górnych i dolnych utrudnione.

P r z y p a d e k VI. J. B. lat 30, w. możż., lekarz weterynarji z powiatu skałackiego. Przyjęty 21. II. 1934. Od dzieciństwa cierpiał na częste bóle głowy i zaparcie. W ostatnich latach rokrocznie zapada na grypę. W listopadzie ub. roku zapalenie gardła, które powtórzyło się w grudniu ze stanami podgorączkowemi. Obecna choroba rozpoczęła się w styczniu zwolna uporczywemi bólami głowy, upośledzeniem łaknienia, uczuciem rozbicia, pokasływał. W 5. dniu choroby dreszczyki, ciepłota do 37,7°, bóle w kończynach. Bardzo osłabiony. W ciągu następnych kilku dni — temp. rano prawidłowa, wieczorem dochodzi

Także próba wiązania dopełniacza met. Calmette-Massola z wynikiem silnie dodatnim. Nakłucie opłucnowe dało tylko około 2 cm^3 płynu z odczynem Rivalty dodatnim, zawierającego w preparacie barwionym 75% obojętnochłonnych, 25% limfocytów oraz około 14% śródbłonków przeważnie zwakuolizowanych na 100 c. białych.

W ciągu obserwacji, obejmującej 1 miesiąc, stan chorego bardzo znacznie się poprawił. Temperatura w tym czasie w ciągu 4 dni opada do normy i pozostaje prawidłowa aż do końca pobytu w Klinice. Przebieg ciepłoty od początku choroby, skreślony przez chorego bardzo dokładnie, wykazuje falę zwyżkową dochodzącą do 38°, opadającą powoli w ciągu 3 tygodni do normy, poczem po 2 tygodniowym okresie niskich wychyleń nieprzekraczających 37,2°, ponowny wyskok z rozpoczęciem się objawów ze strony opłucnej. Fala ta, jako druga trwa już tylko około 6 dni, ustępując takiemuż samemu okresowi bezgorączkowemu. Fala trzecia o trwaniu już tylko 4-dniowem jest prawdopodobnie ostatnią, gdyż następuje po niej przeszło 3-tygodniowy okres bezgorączkowy. Tętno przez cały czas choroby równolegle z temperaturą — raczej wolniejsze. Spadek wagi ciała spowodowany w tym przypadku raczej przez dietę tyfusową, którą stosował chory przez 6 tygodni w domu. W Klinice utrata wagi szybko się wyrównuje. Badanie krwi dwukrotne pod koniec naszej obserwacji wykazuje leukocytozę 7.000 i 6.100. W obrazie cytologicznym są jeszcze większe przesunięcia na korzyść limfocytów 56% wobec 38% obojętnochłonnych oraz wzrost kwasochłonnych do 33.6%. Badanie moczu: przez cały czas nie wykazało obecności składników nieprawidłowych a w szczególności ilość urobilinogenu nie przekracza normy. Wysięk opłucnowy ulega szybkiemu wessaniu tak, że po upływie 2 tygodni badanie przedmiotowe poza nieco gorszą ruchomością granicy dolnej płuca lewego nie wykazuje żadnych zmian. Nieznaczne powiększenie wątroby utrzymuje się bez zmian, natomiast śledziona przez cały czas obserwacji jest niemacalna, dopiero w ostatnich dniach wykazuje wyraźne powiększenie. Leczenie w tym przypadku było ściśle objawowe. C. d. n.

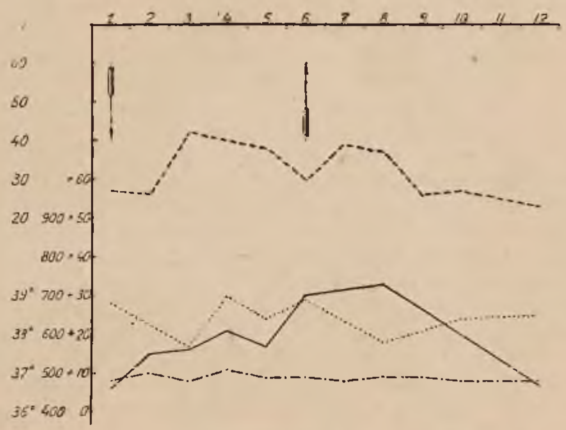
Prof. Dr. J. GLATZEL. Kraków.

Wpływ jodu na przemianę podstawową w niedrożności jelit.

Z chwilą, gdy przekonałem się, że we wszystkich dotychczas badanych w tym kierunku przypadkach niedrożności jelit u ludzi przemiana podstawowa ulegała wzmożeniu i to w stopniu bardzo wybitnym, począłem szukać potwierdzenia tego zjawiska w kontroli klinicznej. Również działanie jodu, którego wpływ na wzmożoną przemianę podstawową w tyreotoksykozie jest niewątpliwy, stanowiło nasuwające się samo przez się zagadnienie.

* * *

Spostrzeżenia kliniczne równoznaczne z doświadczeniem dokonane zostały u dwóch chorych z rakiem odbytnicy. U obydwóch chorych bardzo daleko posunięty rozrost nowotworu wykluczał jakikolwiek doszczętny zabieg, natomiast wymagał założenia sztucznego odbytu. W obu zatem przypadkach prze-



Tablica 1.
Przyp. 1. ♂ lat: 35. Rak odbytnicy.

cięto esicę, poczem odcinek jelita obwodowy zaszyto i wpuszczono do jamy brzusznej. Dośrodkowy koniec pętli wszyto w powłoki tuż powyżej lewego kolca biodrowego. Równocześnie chcąc odczekać okres sklejenia się ściany jelita z brzegami otworu w powłokach w warunkach jałowych, zamknięto przejściowo światło wyprowadzonej nazewnątrz pętli przez wpuklenie ściany i zawiązanie szwem kapciuchowym. W ten sposób powstała przejściowa sztuczna niedrożność. U chorych tych przeprowadzano codziennie badania przemiany podstawowej oraz oznaczano zawartość chlorków i reszty azotowej w surowicy krwi. Zamieszczone poniżej wykresy podają krzywą przemiany podstawowej (——), chlorków (. . . .), reszty azotowej (— — —) oraz ciepłoty (—.—.—). Strzałka zwrócona ku dołowi oznacza dzień zabiegu, druga zwrócona ku górze dzień, w którym po otwarciu jelita odbyt począł działać. Okres pomiędzy obu strzałkami odpowiada zatem okresowi sztucznie stworzonej niedrożności.

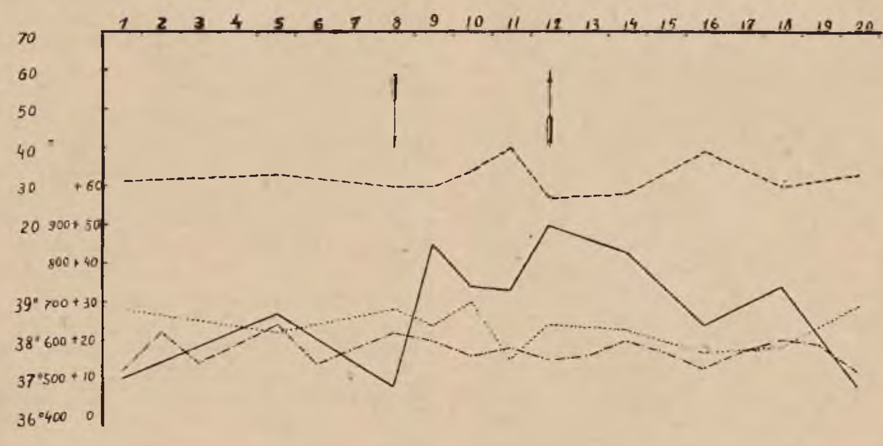
W obu przypadkach po zamknięciu światła przewodu pokarmowego przemiana podstawowa, która w chwili zabiegu była prawidłowa (przyp. 1 + 6%, przyp. 2 + 8%) wydatnie się podniosła. W przypadku pierwszym narastała powoli i piątego dnia w chwili otwarcia światła jelita wynosiła + 30%, w przypadku drugim już po 24 godzinach wykazywała + 46%, a w czwartej dobie + 50%. Po przywróceniu drożności w przypadku pierwszym krzywa po lekkiem wzniesieniu w pierwszych 48 godzinach bardzo gwałtownie spadła do normy w ciągu sześciu dni. W przypadku drugim spadek był powolniejszy i trwał 8 dni. W przypadku pierwszym chory cały czas miał ciepłotę prawidłową, w przypadku drugim ciepłota przed zabiegiem dochodziła do 38.4° — po zabiegu natomiast nieco opadła. Krzywe chlorków i reszty azotowej wykazują wyraźne odchylenia, nie idą jednak równolegle do krzywej przemiany gazowej, chwilami biegną w przeciwnych kierunkach.

Zwiększanie się wartości przemiany z biegiem czasu trwania niedrożności wyklucza możliwość przyjęcia wstrząsu operacyjnego jako przyczyny tego wzmożenia. Zresztą jej powolny spadek po usunięciu sztucznie wywołanej przeszkody wiernie odtwarza obraz spotykany u chorych, u których operacyjnie usuwamy samą przez się powstałą niedrożność.

* * *

Podawanie jodu w tyreotoksykozie powoduje spadek stale wzmożonej przemiany podstawowej. Skoro w niedrożności jelit przemiana gazowa ulega zwiększeniu również stale a nawet w wyższym stopniu niż w zaburzeniach tarczycy, powstaje zatem pytanie, czy jod posiada jakiś wpływ na zachowanie się przemiany podstawowej i w niedrożności jelit.

Działanie jodu w przypadkach sztucznie spowodowanej niedrożności jelita grubego przedstawiają krzywe (tabl. 3 i 4). W dwóch przypadkach raka odbytnicy nienadającego się już do zabiegu operacyjnego stworzono sztucznie niedrożność w sposób opisany wyżej. W przypadku pierwszym (tabl. 3) od chwili zabiegu podawano rozczyn Lugola w ilości 3 razy dziennie po 10 kropel. Przemiana podstawowa uległa bardzo nieznacznemu wzmożeniu i tylko z początku. Po kilku dniach wróciła do normy, mimo że niedrożność jeszcze ciągle była utrzymana, usunięto ją bowiem dopiero po 8 dniach. W przypadku drugim (tabl. 4) oznaczana kilkakrotnie przed zabiegiem przemiana podstawowa wykazywała nieznaczne wahania. Po stworzeniu sztucznej niedrożności i przy podawaniu rozczynu Lugola wahania te nadal się utrzymują w stopniu nieco tylko większym. Siódmego dnia wstrzymano podawanie jodu i równocześnie zmieniła się zasadniczo krzywa przemiany podstawowej, która od tej chwili stale wzrastała aż do chwili otwarcia światła jelita.



Tablica 2.
Przyp. 2. ♀ lat: 20. Rak odbytnicy.

Oba spostrzeżenia kliniczne wykazują niewątpliwe działanie jodu na przemianę podstawową i to w tym kierunku, że przemiana ta mimo powstania sztucznej niedrożności utrzymuje się na poziomie, jaki istniał przed wywołaniem tejże, a więc nie wzrasta. Z chwilą przerwania podawania jodu w przypadku drugim (tabl. 4) wystąpiło natychmiastowe wzmożenie. Zaznaczyć nadto należy, że chorzy w obu przypadkach długotrwającą niedrożność znosili uderzająco dobrze. Mimo 8 i 11-dniowego zamknięcia jelita tętno i ciepłota pozostały niezmienione, samopoczucie było zupełnie dobre a narastające wzdęcie nie powodowało większych dolegliwości.

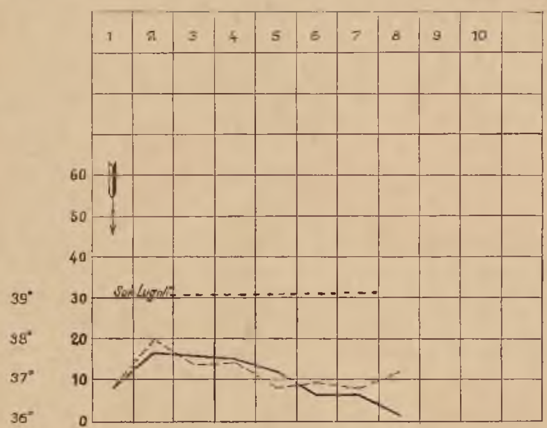
Tablica 5.

Lp.	Rozpoznanie — Zabieg — Tętno Ciśnienie — Ciepłota	Czas trwania niedrożności		Przed operacją	Po operacji 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 dni	dalsze
1.			Chl.	566				456	706		526				
♀ P. T.	*Strangulatio ilei*	5 dni	N.	46.1				33.3	32.5		31.5				
l. 34.	T. 100. C. 125/75. Temp. 37.2°.		M. B.	+ 87.7%		+ 44.2%		+ 42.6%	+ 31.4%	+ 26.6%	+ 10.4%				
2.			Chl.	716	536	626	776	686			736				
♀ K. O.	*H. fem. inc. Herniotomia*	2 dni	N.	50	46.1	52.1	46.1	42.9			40				
l. 45.	T. 90. Temp. 36.9°.		M. B.	+ 76.3%	+ 67.7%	+ 64.2%	+ 45.8%	+ 39.2%			+ 15.6%				
3.			Chl.	406		876	786	616	676		516				
♀ A. S.	*Hern. fem. inc. Herniotomia*	24 g	N.	50		60	46.1	41.3	36.8		39.6				
l. 51.	T.90. Temp. 37°.		M. B.	+ 48.0%		+ 58.3%	+ 48.3%	+ 36.3%	+ 40.9%		+ 14.4%				
4.			Chl.	626	406	626	516	566	626		666				
♂ I. J.	*Hern. ing. inc. Herniotomia*	4 dni	N.	44.4	57.1	55.5	42.8	42.8	30		30				
l. 67.	T. 80. Temp. 36.2°.		M. B.	+ 19.7%	+ 39.7%	+ 27.1%	+ 50.0%	+ 27.4%			+ 6%				
5.			Chl.	526	446	606	426		606						
♂ S. C.	*Torsio ilei. Detorsio*	24 g	N.	46.1	60	60	60								
l. 37.	T. 68. C. 125/80. Temp. 36.9°.		M. B.	+ 34.5%	+ 45.4%	+ 26.9%	+ 35.4%		+ 14.0%						
6.			Chl.	586					776	676					
♂ K. D.	*Hern. ing. inc. Herniotomia*	24 g	N.						35.2	33.3					
l. 49.	T. 86. Temp. 37°.		M. B.	+ 45.8%	+ 70.3%				+ 56.7%	+ 15.5%					
7.			Chl.	666	606		506		586		566	526			
♂ S. P.	*Hern. ing. inc. Herniotomia*	2 dni	N.	66.6	50		50		40		46.1	66.6			
l. 22.	T. 92. Temp. 38.2°.		M. B.	+ 37.8%	+ 39.4%				+ 15.5%		+ 16.8%	+ 11.7%			

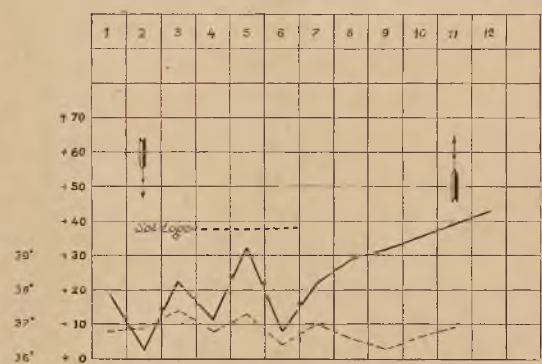
Tablica 8.

Lp.	Rozpoznanie — Zabieg — Tętno Ciepłota	Czas trwania niedrożności		Przed operacją	Po operacji 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 dni	i dalsze
1.			Chl.	444	486	726	766	746	566	586	686	646	626	846	
♀ K. M.	*Hern. lab. inc. Herniotomia*	24 g	N.	33.3	37.8	38.6	37.8	46.1	33.3	33.3	38.6	27.2	28.7	29.2	
l. 64.	T. Temp. 36.8°.		M. B.	+ 89.2%	+ 83.4%		+ 76.0%	+ 60.9%	+ 42.7%	+ 45.9%	+ 37.7%	+ 40.0%	+ 42.6%	+ 44.7%	+ 34.7%
2.			Chl.	566	606	766	586	606	566		626				
♀ P. M.	*Hern. fem. inc. Herniotomia*	24 g	N.	40	42.8	54.5	40	66.6	40		54.5				
l. 63.	T. Temp. 37°.		M. B.	+ 69.2%		+ 52.1%	+ 57.3%	+ 33.2%		+ 27.5%	+ 19.8%				
3.			Chl.	786	646	596		766	586	806		626	586	566	
♀ J. S.	*Hern. fem. inc. Herniotomia*	12 g	N.	54.6	54.6	88.8		42.8	42.8	54.5		60	38.1	33.3	
l. 65.	T. 86. Temp. 36.8°.		M. B.	+ 39.3%	+ 32.1%	+ 33.8%	+ 35.3%	+ 59.7%	+ 26.5%	+ 32.0%	+ 31.5%		+ 64.7%	+ 45.9%	+ 50.4%
4.			Chl.		726	686	586	666		586	646	646	686		
♂ K. B.	*Hern. ing. inc. Herniotomia*	12 g	N.		46.1	40	42	66.6		38.3	37.8	31.5	30		
l. 60.	T. 90. Temp. 37°.		M. B.	+ 63.7%	+ 68.9%	+ 79.0%	+ 54.3%	+ 39.0%	+ 42.1%	+ 40.5%	+ 82.0%		+ 35.0%	+ 35.6%	+ 26.0%

Wobec powyższego wyniku poczęliśmy podawać rozczyn Lugola stale w przypadkach niedrożności i wyniki badań zestawiono na tabl. 5. Chorzy otrzymywali rozczyn Lugola od chwili operacji 3 razy dziennie po 10 kropel.



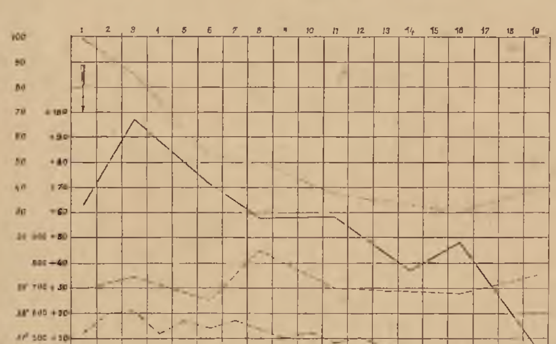
Tablica 3.



Tablica 4.

Zestawienie powyższe jeszcze raz uwidacznia, że nie spotykaliśmy niedrożności bez wzmożenia przemiany podstawowej. Co się tyczy działania jodu, to znajdujemy w zestawieniu zupełne potwierdzenie wyników otrzymanych przez podawanie jodu przy sztucznie spowodowanej niedrożności. *Nawet najwyższe wartości wzmożonej przemiany gazowej (+ 87.2%) w niedrożności jelit pod wpływem jodu opadają nader szybko i z reguły po 7 dniach dochodzą do stanu prawidłowego.*

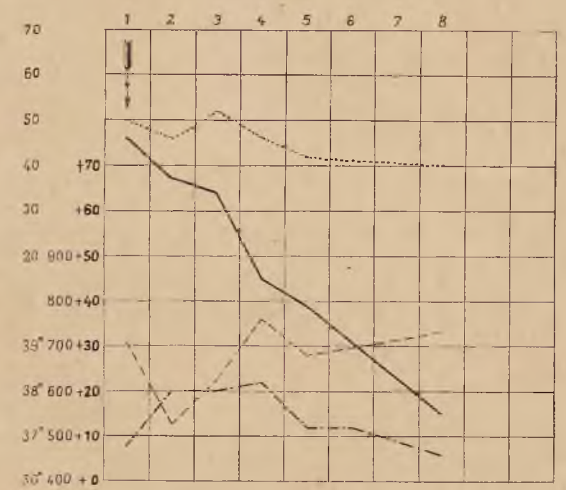
Nasuwa się zatem pytanie, czy taki sztuczny, przyśpieszony powrót przemiany gazowej do normy wpływa korzystnie na przebieg leczenia pooperacyjnego. Siedem przytoczonych wyżej przypadków niedrożności, w których zastosowano jod, wyleczono nader szybko i gładko. Nie można jednak na tem opierać jakichkolwiek wniosków, gdyż były to przypadki w chwili zgłoszenia się korzystne, bez powikłań i w zbyt małej ilości. Chociaż w przypadkach powikłanych np. zapaleniem otrzewnej, nie należy spodziewać się polepszenia wyników przez podawanie jodu, to jednak przy szerszem stosowaniu może się okazać jego korzystny wpływ na odporność organizmu i na zwalczanie powikłań.



Tablica 6.

Tabl. 6. przedstawia zachowanie się krzywej przemiany gazowej w przypadku operowanej niedrożności bez podawania jodu. Tabl. 7. krzywą przemiany podstawowej po podaniu rozczynu Lugola.

W pewnej liczbie przypadków (tabl. 8) zamiast rozczynu Lugola zastosowano połączenia jodu w postaci zastrzyków śródmięśniowych (jodimina). Okazało się jednak, że jod podany w tej postaci nie wywiera najmniejszego działania. W przypadkach tych wzmożona przemiana podstawowa opada powoli i niekiedy jeszcze po 2 tygodniach wykazuje wyraźne wzmożenie.



Tablica 7.

Różnica w działaniu czystego jodu i połączeń jodowych może rzucić pewne światło na mechanizm regulacji przemiany podstawowej w niedrożności. Jak Van Dyke[1]) wykazał na psach, tarczyca absorbuje selektywnie jod i połączenia jodowe. Najlepiej wchłania czysty jod, o wiele słabiej połączenia jodanowe, najgorzej jodki.

Z drugiej strony wiadomo z badań Womacka, Cole'a, Heidemana[2]) i innych, że zespół zmian anatomicznych tarczycy i zaburzeń przemiany podstawowej charakteryzuje nietylko stany tyreotoksyczne, lecz występuje również, choć w rozmiarach znacznie mniejszych, w zakażeniach ogólnych i w zatruciach. Womack i Cole wykazali u psów, które padły w następstwie niedrożności jelit, wyraźny przerost i złuszczenie nabłonka tarczycy oraz zanik koloidu. Również zawartość jodu uległa redukcji. Na jeden jeszcze szczegół należy zwrócić uwagę. W niedrożności jelit uderza zachowanie się tętna. Mimo, że przemiana podstawowa dochodzi do bardzo wysokiej wartości, tętno, o ile niema innych ubocznych przyczyn, stale pozostaje niezmienione i wolne.

Niestety nie znamy ani przyczyn, ani tem bardziej mechanizmu regulacji stałości i równowagi przemiany podstawowej. Trudno zatem kusić się o wytłumaczenie zaburzenia tejże przemiany w niedrożności. Działanie jodu oraz wykazane zmiany anatomiczne tarczycy wskazują na to, że w niedrożnościach tarczyca wydaje się odgrywać ważną rolę jako powolny, ale stały regulator metabolizmu.

Jod jest selektywnie wchłaniany przez tarczycę, lecz nie posiada swoistego znaczenia li tylko w stanach tyreotoksycznych. Obniża on wzmożoną przemianę podstawową równie dobrze w chorobie Basedowa, jak i w pierwotnej niedokrwistości i policytemji jak wreszcie w niedrożności jelit. Być może, że najbliższe prawdy jest wytłumaczenie działania gromadzącego się w tarczycy jodu przez gwałtowne wytwarzanie koloidu i powodowanie przez to blokady tarczycy z zahamowaniem jej czynności wydzielniczych.

Dr. Leopold JABUREK, st. asystent Kliniki. Lwów.

O objawie wskazującym na zamknięcie kręgowego worka oponowego.

Z Kliniki Chorób Nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza.

W r. 1916 podał Queckenstedt sposób, zapomocą którego można wykazać u chorego podczas nakłucia lędźwiowego drożność lub niedrożność kręgowego worka oponowego. Próba jego polega na sztucznem podniesieniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez uciśnięcie żył szyjnych i na wykazaniu przyrostu

---

[1]) Arch. Int. Med. 41. 1928.
[2]) Endocrinology XII. 773. 1928.

ciśnienia w rurce manometrycznej przyłożonej do igły punkcyjnej. W przypadkach zupełnej drożności worka oponowego zmiany w ciśnieniu ujawniają się natychmiastowo: poziom płynu w rurce podnosi się lub opada w przeciągu jednej sekundy od chwili uciśnięcia lub uwolnienia żył szyjnych. Gdy drożność jest niezupełna, czas ten jest odpowiednio dłuższy. W razie zupełnej niedrożności, a więc w procesach zamykających szczelnie światło worka oponowego, poziom płynu w rurce manometrycznej nie zmienia się zupełnie, nawet przy najbardziej dokładnem zamknięciu odpływu krwi z głowy. Objaw Queckenstedta posiada bardzo doniosłe znaczenie praktyczne. Wskazuje on dobitnie na zamknięcie kręgowego worka oponowego powyżej miejsca nakłucia lędźwiowego podobnie jak t. zw. zespół uciskowy w płynie mózgowo-rdzeniowym wyrażający się ksantochromją t. j. żółtem zabarwieniem płynu i wzmożeniem ilości białka przy braku pleocytozy.

Objawem kaszlowym *(le signe de la toux)* nazwał Déjerine bóle występujące w kończynach lub w tułowiu podczas kaszlu w wypadkach stanów zapalnych w tylnych korzonkach rdzenia (Pometta). Objaw ten występujący nietylko przy kaszlu, lecz także w czasie kichania i działania tłoczni brzusznej odnosi się do wzmożenia ucisku wewnątrzoponowego na tle zmienionych warunków krążenia i do pewnego mechanicznego działania na korzonki tylne, które są w warunkach prawidłowych na te zmiany ciśnienia nieczułe. Typowo spotykamy ów objaw kaszlowy w niektórych przypadkach rwy kulszowej, a mianowicie we rwie powstałej przy zmianach zapalnych tylnych korzonków rdzenia.

W r. 1930 podał Pometta, że można wywołać w sposób sztuczny bóle odpowiadające bólom kaszlowym Déjerine'a w tych przypadkach, w których objaw kaszlowy jest ujemny. Sposób Pometty polega na założeniu szerokiej elastycznej opaski na szyję chorego na przeciąg przynajmniej 5 do 8 minut. Spowodu zastoju krwi w głowie i podniesienia ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego zjawiają się bóle dowodzące procesów chorobowych w przestrzeni zajętej przez płyn mózgowo-rdzeniowy względnie w jej sąsiedztwie. Sposobem tym można wywołać objaw kaszlowy nawet w tych przypadkach, gdzie objaw ten już od dłuższego czasu nie był spostrzegany. Ponieważ sposób Pometty nie jest zbyt łagodny, więc nie zaleca się stosowania go u osobników dotkniętych nadciśnieniem krwi, miażdżycą naczyń, procesami mózgowemi i ostremi stanami zapalnemi opon mózgowych.

W ostatnich miesiącach spostrzegałem dwa przypadki, w których łagodny i bardzo krótkotrwały ucisk na żyły szyjne dawał już wyraźne objawy czuciowe. Przypadki te przytaczam poniżej:

I. J. D., lat 37, monter. W r. 1927 chorował na bóle w krzyżach schodzące do pośladków i do obydwu ud, silniejsze po stronie lewej. Po prawej promieniowały bóle tylko do wysokości kolana, po lewej natomiast schodziły one aż do pięty po tylnej powierzchni uda i podudzia. Po 2 miesiącach bóle ustały, chory czuł się przez szereg lat prawie zupełnie zdrów. Wprawdzie pojawiały się od czasu do czasu bóle, lecz były one znacznie słabsze i znikały po kilku dniach pod wpływem nacierań i baniek stawianych w okolicy krzyżowej. Ponowne silne pogorszenie w październiku 1933: pojawiły się gwałtowne, ostre bóle w krzyżach i pośladkach, schodzące po stronie prawej do połowy uda, po lewej natomiast pod kolanem do podudzia, do pięty i stopy. W kilka miesięcy później pojawiło się uczucie ścierpnięcia w lewej podeszwie. W tym to czasie przebywał chory w leczeniu szpitalnem, gdzie stwierdzono objektywnie:

Lewa źrenica jest niezupełnie okrągła, przy skrajnem ustawieniu gałek ocznych w prawo oczopląs poziomy, zresztą nerwy mózgowe bez zmian. Kończyny górne bez zmian. Odruchy brzuszne i mosznowe są prawidłowe. W obrębie kończyn dolnych zanotowano: siła ruchowa po stronie lewej nieco obniżona, napięcia mięśniowe prawidłowe, odruchy kolanowe obustronnie żwawe, równe, ze ścięgna Achillesa po lewej nie dają się wywołać, po prawej kloniczne. Babiński i Rossolimo obustronnie ujemny. Oppenheim po prawej dodatni, po lewej ujemny, Lasègue po lewej dodatni. Przy wydatnem zginaniu głowy ku przodowi występuje ból w okolicy krzyżowej. Czucie niezaburzone. Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego ujemny, dno oka prawidłowe, reszta badań klinicznych również ujemna.

Początkowe rozpoznanie lewostronnej rwy kulszowej uległo zmianie po nakłuciu lędźwiowem, które wykazało ksantochromję płynu mózgowo-rdzeniowego, stojącego pod ciśnieniem prawidłowem. W komorze 2/3 limfocyty, zresztą brak ciałek, odczyn białkowy Pandy'ego ++++. Wobec wybitnego zespołu uciskowego w płynie mózgowo-rdzeniowym wykonano nakłucie potyliczne z wprowadzeniem lipiodolu, który zatrzymał się w pojedynczych kroplach na wysokości 1., 2. i 3. kręgu lędźwiowego. Rozpoznano obecnie *arachnoiditis adhaesiva* i zaproponowano choremu zabieg operacyjny. Chory nie zgodził się na laminektomję, wobec czego zastosowano naświetlania promieniami Roentgena; opuścił szpital bez poprawy. Zgłosił się do Kliniki w dniu 24. marca 1934.

Swoje dawniejsze zapodania chory uzupełnił tem, że odczuwa najsilniejsze bóle podczas kichania, kaszlu i przy parciu na stolec. Skarżył się również, że od pewnego czasu nie może myć szyi ani wkładać kołnierza, gdyż przy tych czynnościach zjawia się bardzo gwałtowny ból w całej lewej nodze. Ból ten występuje wogóle, ilekroć dotknie się szyi od przodu. Na te bardzo niemiłe objawy skarżył się chory już dawniej, lecz lekarz nie brał ich poważnie, nie widząc żadnego związku między uciskaniem szyi a bólem w pośladkach. Objektywnie stwierdzono: nerwy mózgowe i kończyny górne bez poważniejszych zmian. W zakresie kończyn dolnych objaw Lasègue'a obustronnie dodatni. Osądzenie siły ruchowej utrudnione spowodu silnych bólów występujących przy forsowniejszych ruchach. Odruchy kolanowe obustronnie żwawe, równe, odruch ze ścięgna Achillesa po prawej bardzo żwawy, po lewej wyraźnie słabszy. Brak Babińskiego i innych odruchów piramidowych.

W staniu i chodzeniu spostrzega się wybitną skoljozę prawostronną kręgosłupa w części lędźwiowej. Silna bolesność kości krzyżowej przy opukiwaniu i ucisku. Staw krzyżowo-biodrowy lewy bolesny na ucisk. Lewy nerw kulszowy tkliwy u wyjścia i w całym przebiegu. Lewe ścięgno Achillesa również tkliwe. Czucie bólu na zewnętrznej powierzchni lewej stopy lekko obniżone. Już przy łagodnem ujęciu żył szyjnych pod palcami i przy lekkiem uciskaniu ich po obu stronach krtani zjawia się prawie natychmiast ból w krzyżach i wzdłuż przebiegu lewego nerwu kulszowego, tak gwałtowny, że chory przywodzi odruchowo nogi do tułowia i uwalnia się czynnie z ucisku. Przy odjęciu palców bóle znikają równie szybko jak się zjawiły. Kilkakrotne powtórzenie tej próby dało za każdym razem ten sam wynik.

II. W. M., lat 21, rolnik. Przyjęty do Kliniki w dniu 5. V. 1934. Do obecnej choroby był zawsze zdrów. Na 9 dni przed przyjęciem zaczął odczuwać w obydwu stopach mrowienie, nadto przy ruchach w prawym stawie skokowym jakieś dziwne uczucie, jakby ciężkości czy obcości, którego bliżej określić nie potrafi. Obudziwszy się nad ranem następnego dnia nie mógł wstać spowodu bardzo silnego osłabienia obydwu kończyn dolnych. Od tego czasu stała się siła nóg jeszcze mniejsza, a mrowienie, które chory odczuwał dotychczas tylko w stopach, rozszerzyło się na całe kończyny dolne i na tułów do wysokości pasa.

Przedmiotowo stwierdzono: zaznaczona sztywność karku. W nerwach mózgowych poza asymetrją przy pokazywaniu zębów na niekorzyść strony lewej brak poważniejszych zmian. Kończyny górne bez zmian. Kręgosłup w części piersiowej silnie zgarbiony, na opukiwanie niebolesny. W zakresie kończyn dolnych ruchomość we wszystkich stawach po stronie lewej zachowana, prawidłowa; kończynę prawą wyprostowaną podnosi od posłania tylko na jakie 40 cm. W obydwu kończynach dolnych znaczne osłabienie siły ruchowej wszystkich grup mięśniowych, silniejsze po prawej. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa obustronnie żwawe, równe. Babiński i Oppenheim obustronnie ujemny, Rossolimo obustronnie wyraźnie dodatni. Odruchy brzuszne górne zachowane, środkowe i dolne nie dają się wywołać. Czucie na ból, dotyk i temperaturę obniżone od D_8 w dół, czucie głębokie niezaburzone. W pozycji Romberga chory się chwieje, traci równowagę i pada (niedowład nóg), chód bardzo utrudniony, obustronnie silnie paretyczny. Przy uciśnięciu żył szyjnych sposobem Queckenstedta występują prawie natychmiastowo sensacje czuciowe w zakresie obydwu ud, najsilniejsze dokoła kolan, zwłaszcza lewego. Sensacje te określa chory jako nieprzyjemne, może bolesne mrowienie. Z chwilą uwolnienia żył szyjnych znikają one znowu i pojawiają się przy każdem powtórzeniu próby. W narządach wewnętrznych brak zmian, dno oka prawidłowe, odczyny serologiczne ujemne. Nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy wyraźnie ksantochromowy, ciśnienie 95 mm wody, objaw Queckenstedta patologiczny. Mimo bardzo dokładnego i długotrwałego zamknięcia żył szyjnych poziom płynu w rurce manometrycznej nie zmieniał się zupełnie. Przy próbie Pandy'ego otrzymano serowaty strąt, Nonne-Apelt ++++. W płynie 11/3 limfocytów, 11/3 leukocytów i 1/3 erytrocytów. Krzywa solu złota nietypowa: 1, 1, 1, 1, 3, 2, 2, 2, 3, 2, 1. Zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa wykazało *spondylitis tbc.* 5. kręgu piersiowego.

Ze względu na typowy obraz chorobowy i charakterystyczny przebieg kliniczny myślano w przypadku pierwszym początkowo o rwie kulszowej z stanem zapalnym w nerwie, podczas gdy w przypadku drugim rozpoznawano zrazu jakąś sprawę zapalną w rdzeniu, za którą przemawiał bardzo szybki, omal nagły rozwój choroby. W jednym i drugim przypadku znaleziono w płynie

mózgowo-rdzeniowym typowy zespół uciskowy z ksantochromią, dużą ilością białka i małą ilością elementów komórkowych, przyczem stwierdzono w obydwu przypadkach całkowite zamknięcie worka oponowego; w przypadku pierwszym wykazano je zapomocą próby lipiodolowej, w przypadku drugim natomiast zapomocą próby Queckenstedta. W obydwu tych przypadkach wywoływał łagodny, krótkotrwały ucisk na żyły szyjne natychmiastowe objawy czuciowe pod postacią bólów lub bolesnych parestezyj.

Jaki stosunek zachodzi między próbą Queckenstedta, znakiem kaszlowym Déjerine'a, próbą Pometty a opisanym powyżej objawem? Pometta zakłada na szyję chorego elastyczną opaskę na przeciąg przynajmniej 5 do 8 minut w celu uzyskania możliwie wydatnego zastoju krwi w przekonaniu, że wypełni na tej drodze wszystkie uchyłki oponowe i że nada w ten sposób ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego pewną skuteczną siłę. Z objawu Pometty przedstawionego na chorym z rwą kulszową widać istotnie, że powolne narastanie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego w worku oponowym powoduje po kilku minutach stopniowe narastanie przykrych parestezyj a potem bólów, które znikają również stopniowo dopiero po kilkunastu minutach względnie nawet w godzinę po zdjęciu opaski. Objaw Pometty nie dowodzi zamknięcia worka oponowego, lecz przemawia wedle słów autora jedynie za obecnością jakiegoś ogniska chorobowego w przestrzeni zajętej przez płyn mózgowo-rdzeniowy względnie w jej sąsiedztwie.

Dla przykładu na objaw opisany przez Pomettę przedstawię tu jeden przypadek obserwowany ostatnio w Klinice:

B. B., lat 30, woźny. Przyjęty do Kliniki dnia 23. V. 1934. Skarży się od przeszło dwu lat na zaparcie stolca, którego bez środka przeczyszczającego oddać nie może i na trudności przy oddawaniu moczu. Za każdym razem musi napierać przez dłuższy czas (do kilkunastu minut). Od roku trudności jeszcze większe tak, że poddaje się dwa razy w tygodniu cewnikowaniu. Od czasu tych zaburzeń okresowe, kłujące bóle w krzyżach. Przed kilkoma dniami zeszły one do lewego pośladka, stamtąd do uda, pod kolano, w łydkę i piętę. Bóle te są szczególnie silne podczas kichania i przy kaszlu. Objektywnie stwierdzono: w skrajnych ustawieniach gałek ocznych na boki pojedyncze drżenia nystagtyczne. Czoła marszczyć nie umie, przy pokazywaniu zębów gorsza inerwacja po stronie lewej, na języku liczne drżenia wiązkowe. Kręgosłup prosty, 3. i 4. krąg lędźwiowy na ucisk silnie bolesny. Kończyny górne bez zmian, odruchy brzuszne prawidłowe. W zakresie kończyn dolnych stwierdzono prawidłową ruchomość we wszystkich stawach i dobrą siłę ruchową wszystkich grup mięśniowych, może nieco za wiotkich. Lasègue po lewej dodatni. Kończyna lewa w całości nieco szczuplejsza od prawej, różnica w obwodzie waha się między 1 a 2 cm. Odruchy kolanowe obustronnie żwawe, po lewej nieco żwawsze, odruch ze ścięgna Achillesa po prawej żwawy, po lewej nie daje się wywołać lub bardzo słaby. Brak odruchów patologicznych z dróg piramidowych. Lewy nerw kulszowy tkliwy na ucisk u wyjścia i w przebiegu. Czucie powierzchniowe i głębokie na całem ciele niezaburzone. Chód prawidłowy. Dno oka prawidłowe, odczyny serologiczne ujemne, narządy wewnętrzne bez zmian. Zdjęcie rentgenowskie kości krzyżowej, kręgów lędźwiowych i dwóch dolnych kręgów piersiowych nie wykazało zmian. Nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny pod ciśnieniem 130 mm wody. Przy próbie Queckenstedta podnosi się płyn do wysokości 170 mm. Odczyny białkowe silnie dodatnie (Pandy ++++, Nonne-Apelt +++), limfocytów 5/3, leukocytów 1/3, erytrocytów brak. Krzywa solu złota: 2, 2, 3, 3, 2, 2, 1, 1, 1, 1. Wprowadzono 1,5 cm³ lipiodolu wstępująco, który nie zatrzymał się w kanale kręgowym. Ucisk na żyły szyjne sposobem Queckenstedta nie wywołuje u chorego żadnych objawów czuciowych, natomiast założenie szerokiej opaski gumowej wedle Pometty wywołuje po 45 do 60 sekundach ból w lewym pośladku i w lewem udzie. Po zdjęciu opaski ból utrzymuje się jeszcze przez około minutę. Kilkakrotne próby dają stale ten sam wynik.

W przypadku tym z dodatnim objawem Pometty rozpoznano guz końcowych korzonków rdzenia *(cauda equina)*. Drożność worka oponowego była jednak zachowana, co wynika i z próby Queckenstedta, przy której pod uciskiem żył na szyi poziom płynu w rurce manometrycznej podniósł się natychmiast o 40 mm i z faktu, że lipiodol przeszedł swobodnie przez kanał kręgowy.

We wszystkich trzech przedstawionych wyżej przypadkach dawał zatem ucisk na żyły szyjne objawy czuciowe. W dwóch przypadkach zupełnego zamknięcia worka oponowego wynik ucisku był natychmiastowy, w jednym zaś przypadku, w którym drożność była zachowana, musiał trwać ucisk przez czas dłuższy, podobnie jak w przypadku rwy kulszowej Pometty. W jaki sposób można te spostrzeżenia wytłumaczyć? Gdy mamy do czynienia z jakąś przeszkodą w worku oponowym, która zamyka krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego całkowicie, a znajduje się w najbliższem sąsiedztwie korzonków, jak w naszym przypadku pierwszym, wówczas przyrost objętości i ciśnienia w czaszce, przechodzący natychmiast do worka oponowego musi spychać ową przeszkodę w kierunku ciśnienia mniejszego, t. j. ku dołowi w kierunku zamkniętego odcinka worka oponowego. Spychanie i przesuwanie tej przeszkody może dawać spowodu mechanicznego działania na tylne korzonki rdzeniowe bóle, pojawiające się równocześnie z uciskiem na żyły szyjne. Inaczej nieco przedstawia się sprawa, gdy zamknięcie worka oponowego nie jest całkowite, gdyż w takim wypadku rozchodzi się przyrost objętości i ciśnienia w czaszce i w worku oponowym równomiernie po całym płynie mózgowo-rdzeniowym. Kliniczne objawy czuciowe mogą też w takim wypadku dopiero wtedy powstać, gdy ucisk na żyły szyjne trwa dłużej, gdy zastój krwi się stopniowo zwiększa, gdy uchyłki oponowe ulegają rozepchaniu (Pometta), a schorzałe korzonki rdzeniowe pewnym odkształceniom. Być może, że wystąpienie objawów czuciowych należy odnieść w tych przypadkach poprostu do wzmożonego ciśnienia płynu na schorzałe korzonki tylne. Analogję do tego zjawiska moglibyśmy znaleźć w fakcie znikania odruchów przy wzmożonym ucisku wewnątrzoponowym.

Spostrzeżenia nasze i przedstawione wyżej rozważania rzucają nadto pewne światło na objaw kaszlowy Déjerine'a względnie na bóle powstające także przy kichaniu i podczas działania tłoczni brzusznej, charakterystyczne dla spraw zapalnych korzonkowych. W przypadkach naszych obserwowaliśmy objaw Déjerine'a w jednym przypadku całkowitego zamknięcia kanału kręgowego na tle *arachnoiditis adhaesiwa* na wysokości 1., 2. i 3. kręgu lędźwiowego (przypadek 1.) oraz w przypadku guza *caudae equinae* (przypadek 3.), w którym drożność worka oponowego była zachowana. W przytoczonym przypadku *spondylitis tbc* 5. kręgu piersiowego (przypadek 2.) z całkowitem zamknięciem worka oponowego objaw kaszlowy był ujemny. W przypadku rwy kulszowej podanym przez Pomettę, w którym swego czasu objaw Déjerine'a był dodatni, a potem ujemny, dały się spowrotem wywołać bóle kaszlowe po założeniu opaski zaciskającej na szyję. Nie mamy całkowitej pewności, czy objaw Déjerine'a należy odnieść do wzmagającego się nagle ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Nasz przypadek (3) guza w *cauda equina* zdaje się przemawiać przeciwko takiemu tłumaczeniu. U chorego tego występowały silne bóle podczas kichania i kaszlu, nie zjawiały się natomiast przy zamknięciu żył szyjnych, trwającem nawet kilkanaście razy dłużej niż kaszlnięcie lub kichnięcie. Sprzeczność tę moglibyśmy wytłumaczyć uprzytamniając sobie, że zarówno kaszel jak i kichanie lub chrząkanie są połączone z bardzo energiczną i nagłą czynnością tłoczni brzusznej, której działanie pośrednie na płyn mózgowo-rdzeniowy jest gwałtowniejsze niż działanie zwyczajnego ucisku na żyły szyjne; moglibyśmy jednak także przyjąć, że odpływ krwi ze splotów żylnych w *cavum epidurale* kanału kręgowego doznaje w chwili działania tłoczni brzusznej zatrzymania i że na tle tego zastoju mogą już powstać bezpośrednio takie miejscowe warunki mechaniczne, które przy pierwotnem uszkodzeniu korzonków tylnych dają bóle. Przypadek Pometty, w którym można było sprowokować objaw kaszlowy przez założenie opaski Esmarcha na szyję, sprawy tej nie rozstrzyga.

Streszczenie:

Wedle spostrzeżenia Pometty wywołuje ucisk na żyły szyjne trwający conajmniej 5 do 8 minut w niektórych przypadkach bóle, dowodzące istnienia jakiegoś ogniska chorobowego w przestrzeni zajętej przez płyn mózgowo-rdzeniowy względnie w jej sąsiedztwie. Spostrzeżeniom tym przeciwstawiamy obserwacje własne, w których ucisk na żyły szyjne wywoływał bóle względnie bolesne parestezje natychmiastowo. W przypadkach tych mieliśmy do czynienia z całkowitem zamknięciem worka oponowego na różnem tle. Zamknięcie to uważamy za przyczynę spostrzeżonego objawu.

Piśmiennictwo:

Queckenstedt: Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 55. — Pometta A.: Schweiz. Med. Wochschr. 1930.

WYKŁADY KLINICZNE.

Zdzisław SKIBIŃSKI. Zakopane.

Wytyczne leczenia wysięków i ropniaków opłucnowych.

Z Instytutu „B. Mussolini", Kliniki Gruźlicy i Chorób Przewodu Oddech. Uniwersytetu Rzymskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. E. Morelli.

Po wyłożeniu w poprzednich artykułach fizjopatologji urazu oddechowego i odmy sztucznej mam zamiar obecnie przedstawić wytyczne, według których przeprowadza się leczenie wysięków i ropniaków opłucnowych w Rzymskim Instytucie Przeciwgruźliczym. Pomimo bowiem, że wiele się czyta prac na ten temat w prasie naszej i zagranicznej i pomimo, że jest to temat dość banalny i dobrze znany wszystkim ftizjologom, sądzę że niejeden z naszych lekarzy, który nie miał sposobności zwiedzenia zakładów zagranicznych, znajdzie w tym artykule coś pożytecznego dla siebie.

Technika leczenia odmowego i powikłań przy odmie, zdaje się, nigdzie nie jest tak przemyślana i logicznie stosowana, jak właśnie tu w Rzymie dzięki Morelli'emu i jego szkole. Że zaś jest dobrą, niech świadczy o tem ten fakt, że na 387 odm w zakładzie prof. Morelli do wykładu nie mógł znaleźć ani jednego przypadku wysięku opłucnowego i tylko jeden przypadek ropotoku. Jest to zasługą zarówno umiejętnego zapobiegania występowaniu tych powikłań, jak i ich leczenia.

Wiadomo, że wielu autorów podaje odsetek wysięków przy odmie jako bardzo wysoki, około 80%. Z własnego doświadczenia pamiętam, że w sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem wysięk przy odmie należał do rzadkości. Nie zawsze jednak udawało się nam wyleczyć ropniaka opłucnowego, nawet trzymając się ściśle postępowania, podanego przez klinikę prof. Lewkowicza w Krakowie.

Metodyka lecznicza, stosowana tutaj, wychodzi z założenia urazu oddechowego *(trauma respiratorio)*, pojęcia stworzonego przez Morelli'ego i rozwijanego przez jego uczniów. Na podstawie wiadomości o urazie oddechowym podanych w poprzednich artykułach, łatwo przyjdzie nam zrozumieć, że z zasadą utrzymania płuca w spoczynku oddechowym nie może godzić się obecność płynu w opłucnej, czy to będzie nim wysięk, czy też parafina i że należy za wszelką cenę zwalczać tworzenie się zrostów po wysiękowem zapaleniu opłucnej.

Płyn w opłucnej, jako ciało niesprężyste, niedające się ani zgniatać ani rozciągać, nie może tłumić ruchów klatki piersiowej, które udzielają się płucu: przy wdechu płuco rozciąga się, przy wydechu, o ile nie nastąpi przesunięcie śródpiersia, ulega zgnieceniu. Są to warunki sprzyjające postępowi choroby i przeszkadzające leczeniu. Pozatem cierpią od ugniecenia płynem wszystkie narządy w otoczeniu (wątroba, serce). Tylko gaz może utrzymać płuco w spokoju, płyn nie może chronić płuca od urazu. Z tych też powodów na tutejszej klinice odma olejowa nie jest wcale stosowana. Mojem zdaniem niesłusznie, gdyż nie da się zaprzeczyć, że gomenol dzięki swym właściwościom chemicznym ułatwia leczenie ropniaków opłucnowych, z drugiej zaś strony jest mniejszem złem wypełnienie komory odmowej parafiną, gdy chory nie chce poddać się torakoplastyce, aniżeli pozwolenie na zarośnięcie opłucnej, gdy płuco nie jest wyleczone, lub pozostawienie próżni w klatce piersiowej, gdy płuco nie może się rozprostować.

Następna szkodliwość płynu w komorze odmowej polega na tem, że pod jego działaniem tworzą się zrosty opłucnowe, które prowadzą do zarośnięcia komory, albo też przychodzi do ogrubienia opłucnej płucnej *(pachypleuritis)*, co w przyszłości uniemożliwić może rozprostowanie się płuca. Według Morelli'ego tylko jedna pewna droga prowadzi do zapobiegnięcia zarastaniu opłucnej po wysiękach, — jest to usuwanie płynu i zastępowanie go gazem.

Przy leczeniu zapaleń opłucnowych powinniśmy mieć przedewszystkiem na uwadze twierdzenie prof. Morelli'ego, że jest wielkim błędem i winą lekarza pozwolić na to, aby wysięk opłucnowy leczył się sam. Leczy się bowiem wtedy przez zrosty z wszystkiemi szkodliwemi następstwami dla chorego.

Jeżeli chodzi o patogenezę wysięków przy odmie, to najczęściej jest nią zła technika prowadzenia odmy. Rzadko w grę wchodzą tu zakażenia zzewnątrz. Na klinice odmę wykonuje się na sali chorych w czasie wizyty lekarskiej a całe odkażanie ogranicza się do posmarowania jodyną opuszków trzech palców prawej ręki. Częściej przyczyną wysięków jest nakłucie igłą płuca. Jest błędem wkłuwanie igły za jednem pchnięciem aż do opłucnej, zwłaszcza przy pierwszem zakładaniu odmy. Igła powinna być krótko, tępo ścięta. Igłą zaopatrzoną w mandryn przekłuwa się skórę, następnie mandryn wyjmuje się a igły łączy się z manometrem i wprowadza się powoli do opłucnej. Gdy tylko menisk wodny w manometrze podniesie się na znak ciśnienia ujemnego, natychmiast otwiera się kurek, łączący igłę z balonem gumowym, zawierającym powietrze.

Błędnie postępuje ten lekarz, który każe wtedy oddychać choremu. Łatwo bowiem następuje zranienie płuca, w następstwie czego w jakiś czas później, czasem dopiero po dwóch miesiącach, zjawia się wysięk. Całe niebezpieczeństwo ukłucia płuca sprowadza się do zakażenia opłucnej (wysięk surowiczy lub ropny). Ponieważ pęcherzyki w płucu zdrowem nie zawierają bakteryj, należy zawsze wkłuwać igłę w miejscu jaknajbardziej odległem od zmian chorobowych.

Aparat odmowy Morelli'ego składa się tylko z manometru zakończonego kurkiem o trzech drogach i balonem gumowym (pojemność 500 cm³), który napełnia się przy pomocy pompki powietrzem filtrowanem przez wyjałowioną gazę. Aparat ten usuwa niebezpieczeństwo wprowadzania powietrza pod ciśnieniem.

Dalszą przyczyną zakażeń opłucnej przy odmie jest przerwanie się zrostów opłucnowych. Zrosty pękają już to spowodu znacznego i gwałtownego obniżenia się ciśnienia w opłucnej (kaszel), już też spowodu zbyt wielkiego ciśnienia dodatniego w opłucnej. W tutejszym zakładzie zgodnie z zasadami wyłożonemi w poprzednim artykule kończy się odmę przy ciśnieniach dodatnich tylko w przypadkach odm komorowych starych, kiedy ma się na celu powiększenie komory odmowej. Dopełnienia nie przekraczają nigdy 500 cm³ gazu. Wszystkie odmy dopełnia się bardzo często co 1—2—4, najwyżej 7 dni.

Gdy pomimo wszystkich tych przezorności zjawi się wysięk przy odmie, lub gdy mamy do czynienia z wysiękowem zapaleniem opłucnej bez odmy, to należy przyjąć jako naczelną zasadę postępowania: płyn wypuścić i zastąpić go powietrzem. Przez to osiąga się wiele korzyści. Płuco jest chronione od traumatyzacji. Unika się powstawania ropniaka, gdyż wysięk jako dobra pożywka sprzyja mnożeniu się prątków i innych drobnoustrojów. Usuwa się objawy uboczne zapalenia opłucnej, do których należą nudności i wymioty spowodu obniżenia się przepony i ugniatania żołądka, ból i duszności spowodu przemieszczenia się śródpiersia i przylegania zapalnych blaszek opłucnowych. Wreszcie zapobiega się odkładaniu się złogów włóknika na powierzchni płuca i tworzeniu się zrostów opłucnowych.

Warto tu zastanowić się nad pochodzeniem bólu i duszności przy zapaleniu opłucnej. Według Morelli'ego oba te objawy powstają jako odruch nerwowy spowodu wzajemnego tarcia o siebie zapalnych blaszek opłucnowych. Przyczyną duszności nie może być ugniecenie wysiękiem płuca i zmniejszenie powierzchni oddech., gdyż nawet przy odmie obustronnej niezawsze występuje duszność. Natomiast po wprowadzeniu minimalnej ilości powietrza, gdy odkleją się blaszki opłucnowe, ból i duszność znikają natychmiast, oddech poprawia się.

Jeżeli nie usunie się wysięku, to płuco wypchnięte przez płyn ku górze przyrasta tu swą opłucną trzewną do opłucnej ściennej. Gdy następnie płyn zaczyna się wchłaniać, płuco spowodu przyrośnięcia, nie mogąc zstąpić ku dołowi, wypukla się tylko w swej części środkowej ku przestrzeni, gdzie był wysięk, dokąd również *ex vacuo* przesuwa się śródpiersie, podnosi się przepona i zapada się klatka piersiowa. Skutek jest taki, że ta część płuca, która znajduje się wśród więzów zrostowych, jest ciągle za mała w stosunku do wymiarów klatki piersiowej w tem miejscu i dlatego musi ulegać silnej traumatyzacji. Jest to uraz nietyle dynamiczny, co statyczny, którego nie może kompensować zbyt mała zawartość powietrza w pęcherzykach płucnych. Pozatem światło naczyń włosowatych ulega łatwo zaciśnięciu, oskrzela zaś są pozaginane, wykazujące w swym przebiegu liczne przewężenia i rozszerzenia. Ogół tych zmian sprawia, że płuco w tych warunkach staje się podatne na wystąpienie w niem zmian gruźliczych. Mają one przebieg przewlekły, ale są zarazem trudne do wyleczenia.

Usuwając część płynu i wprowadzając powietrze, przekształcamy puchlinę opłucnej *(hydrothorax)* na puchlinę opłucnej z odmą *(hydropneumothorax)*. Różnica pomiędzy obiema polega na tem, że w tym drugim przypadku blaszki opłucnowe są rozdzielone powietrzem i dlatego nie mogą zarastać. Gdy zaś resorbuje się płyn i powietrze, płuco może powiększać swą objętość i nawet gdy przyrośnie do ściany, to jest jednak w stanie dobrego rozprostowania, podobnie jak po suchem zapaleniu opłucnej. Stan ten nie usposabia do gruźlicy i płuco takie może zawsze zastąpić w czynności płuco drugie na wypadek jego schorzenia.

Sposób postępowania przy zapaleniu opłucnej zależny jest od ilości i jakości płynu wysiękowego. Przedewszystkiem należy podać choremu morfinę, aby uniknąć eklampsji opłucnowej, która łatwo występuje po wprowadzeniu powietrza w przypadkach cał-

kiem świeżego zapalenia i następnie, aby ograniczyć kaszel, spowodu którego mogą przerwać się zrosty opłucnej. Jeżeli mamy do czynienia z t. zw ciężkim przypadkiem z wielką ilością płynu, to niema obawy, aby wystąpiła eklampsja. Pozatem choremu nie wolno robić żadnych wysiłków. Musi być podnoszony i przenoszony z miejsca na miejsce.

Gdy wysięk jest skąpy, a przypadek całkiem świeży, to ograniczamy się do wpuszczenia tylko małej ilości powietrza. Jeżeli odma jest wielką a płyn szybko przybywa i występują objawy duszności, to wypuszcza się powietrze aż do ciśnienia —2, —4. Wystarczy wtedy wkłuć igłę i kazać choremu liczyć od 1 do 15. Przy takim zabiegu, nawet kiedy jest ciśnienie ujemne, można zmniejszyć zawartość powietrza w komorze odmowej. Jeżeli płynu nie przybywa a odma jest wielka, to można chorego jakiś czas pozostawić w spokoju. Jeżeli płyn zmniejsza się, to należy wydobyć go do reszty i zastąpić powietrzem. Jeżeli zapalenie opłucnej jest już starsze a płynu mało, to robi się wielką komorę odmową, aby nie dopuścić do powstawania zrostów. Jeżeli zrosty już istnieją, to należy dążyć do rozerwania ich zapomocą zwiększania ciśnienia powietrza w opłucnej.

Sam zabieg zastępowania płynu powietrzem pod względem technicznym przedstawia się następująco: (Fig. 1.). Potrzebna jest flaszka (pojemn. 1000 cm^3), której otwór zaopatrzony jest korkiem gumowym, przez który przechodzą dwa węże. Jeden (5) łączy się z igłą do torakocentezy (1), drugi ze strzykawką (4) (pojemn. 200 cm^3). Na początku tego drugiego węża przy flaszce znajduje się kurek o trzech drogach, dzięki czemu strzykawka ma połączenie z flaszką (2) i powietrzem atmosferycznem (3). Igła do torakocentezy ma także kurek trójdrożny (1). Flaszkę wyjaławia się w ten sposób, że się ją przechowuje wypełnioną sublimatem. Przed użyciem opróżnia się flaszkę, pozostawiając tylko małą ilość płynu i potem wstrząsa się nią, aby wyjałowić powietrze w niej zawarte.

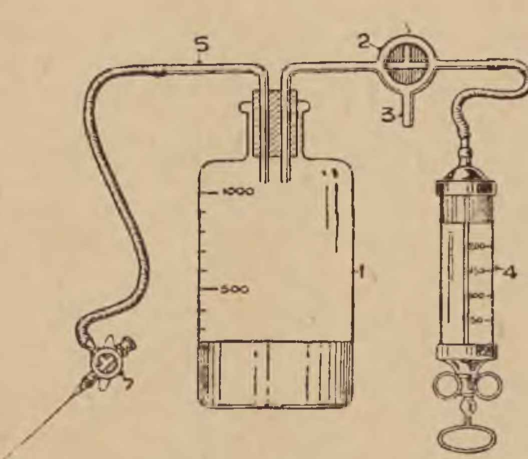


Fig. 1. *Aparat Morelli'ego do torakocentezy.*

Przystępując do torakocentezy, wykonuje się najpierw próbną punkcję. Wkłuwa się igłę i aspiruje się zapomocą małej strzykawki. Jeżeli jest płyn, to skręca się kurek tak, aby powstało połączenie pomiędzy opłucną a flaszką. Strzykawką wielką usuwa się teraz 100—200 cm^3 powietrza z flaszki i na jego miejsce napływa wysięk z opłucnej. Gdy wypływ płynu ustanie, przy pomocy tłoka strzykawki wprowadzamy do opłucnej powietrze w ilości równoważnej do ilości płynu wydobytego. Zabieg ten powtarza się tak długo, aż się usunie wszystek płyn z opłucnej. Niebezpieczeństwa niema tu żadnego. Chorzy znoszą zabieg bez żadnych dolegliwości. Ilość powietrza wprowadzonego odpowiada ściśle ilości płynu wydobytego. Płuco nie ulega traumatyzacji. Pod koniec musimy zbadać ciśnienie, panujące w klatce piersiowej. W tym celu łączymy igłę od torakocentezy z manometrem lub skręcamy kureczek przy igle w ten sposób, aby wytworzyć połączenie z powietrzem otoczenia. Jeżeli w świetle igły ukaże się kropla płynu, to dowód, że w jamie opłucnowej ciśnienie jest wzmożone, jeżeli zaś płyn zacznie cofać się w głąb igły, to dowód, że płuco domaga się jeszcze powietrza.

Ilość płynu, jaką możemy wypuścić bez żadnych obaw, zależy od wielkości komory gazowej w opłucnej. Jeżeliby nie istniała komora gazowa ponad płynem albo jeżelibyśmy nie wprowadzili powietrza na miejsce płynu wydobytego, to w tym wypadku, kiedy płuco zatraciło zdolność rozszerzania się, nawet mała ilość płynu wypuszczonego spowodowałaby niebezpieczny wzrost ciśnienia ujemnego w opłucnej. Na tem polega wielka szkodliwość aparatu Potaina. Przy pomocy pompki tego aparatu oddziaływujemy wprost na płuco z siłą, z jaką pompujemy. W opłucnej powstaje tak wielkie ciśnienie ujemne, że płyn, pomimo że jest obecny, nie może wypływać, następuje znaczne przesunięcie śródpiersia, obrzęk płuca lub nawet jego pęknięcie.

Jeżeli stwierdzimy przy próbnej punkcji, że wysięk jest mętny, komórkowy albo ropny, to przystępujemy do przemywania opłucnej. Aparatura (Fig. 2.) jest podobna, jak do torakocentezy, z tą tylko różnicą, że przybywa jeszcze jedna flaszka (B) wypełniona płynem do przemywania, np. chlorosolem. Flaszka ta zaopatrzona jest w pompkę gumową, aby płyn z niej mógł wypływać pod ściśnionem powietrzem. Mamy zatem dwie flaszki: jedną do zbierania płynu z opłucnej (A) i drugą z płynem do przemywania opłucnej (B). Flaszka pierwsza ma 2 kurki o trzech drogach: jeden łączy się z powietrzem atmosferycznem (3) lub ze strzykawką do wytwarzania ciśnienia ujemnego (C), drugi łączy się z flaszką do przemywania (2) lub z igłą do torakocentezy.

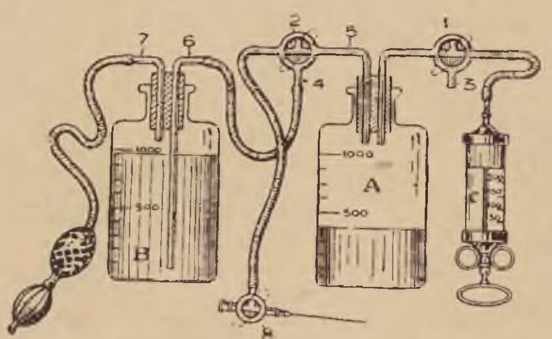


Fig. 2. *Aparat Morelli'ego do przemywania opłucnej.*

Rodzaj płynu używanego do przemywania nie ma wielkiego znaczenia. Jest to działanie przedewszystkiem mechaniczno-oczyszczające jamę opłucnową. Przemywania muszą być bardzo obfite (3—4 l) i stosowane bardzo często (codziennie lub co drugi dzień).

Inna zasada, która musi być przestrzegana, jest ta, aby płyn, który wydobywamy z opłucnej przy przemywaniu, odpowiadał ilości płynu wprowadzanego do opłucnej. Unikać należy stwarzania wielkich różnic w ciśnieniu. Na raz wprowadzić wolno najwyżej 50—100 cm^3 płynu. Przemywanie staje się niebezpieczne, gdy płuco zostaje naprzemian zgniatane i rozciągane, wywołując wahadłowe przemieszczanie śródpiersia. Jeżeli przemywanie się robi przy minimalnych wahaniach ciśnienia a mimo to zjawia się kaszel, to mamy dowód, że nastąpiło przedziurawienie płuca. Wtedy należy przeprowadzać przemywania przy płucu ugniecionem (+ 4, + 6).

Same przemywania wystarczają w 90% przypadków do wyleczenia ropniaka gruźliczego. Również łatwo leczy się w ten sposób *empyema metapneum*. Natomiast *empyema strepto-* lub *staphylococcicum* leczą się trudniej, gdyż zwykle wtedy istnieje przetoka płucna. Taka przetoka nie jest niebezpieczna, jeżeli płuco jest rozprostowane. Przez swój zapad bowiem płuco może zamknąć przetokę. Jeżeli natomiast płuco z przetoką jest skurczone, to wyleczenia można się spodziewać tylko po pewnych zabiegach chirurgicznych (torakoplastyka).

Gdy mamy do czynienia z ropniakiem gruźliczym i wtórnie zakażonem albo zwyczajnem *empyema commune* a same przemywanie nie dało wyniku, to przystępujemy do wykonania torakotomji i drenowania zamkniętego zapomocą aparatu M o r e l l i'ego. Chodzi bowiem o to, aby ropa nie zalegała w opłucnej i aby płuco się rozprostowywało, zajmując jamę ropnia, która powinna zaniknąć. Osiągnąć to można przez stałą aspirację i utrzymywanie ciśnienia ujemnego w opłucnej. Zadanie to spełnia aparat M o r e l l i'ego (Fig. 3.), który daje o wiele lepsze wyniki, aniżeli sposób B ü l a u'a.

Przed wykonaniem torakotomji należy zawsze wprzód zrobić zwyczajną torakocentezę, wypuścić płyn i założyć dobrą odmę. Następnie w miejscowem znieczuleniu podokostnowo wycina się 5—7 cm V. lub VI. żebra w linji środkowej pachowej. Przez mały otwór w opłucnej usuwa się złogi włóknikowe i umocowuje się węża gumowego. Do węża przymocowany jest mały woreczek gumowy (6), który obejmuje węża ze wszystkich stron i ma przewężenie w środku. Przy pomocy pompki napełnia się ten woreczek powietrzem (7) w tym celu, aby zamknąć nim hermetycznie otwór w klatce piersiowej.

Sam aparat składa się z następujących części: na wysokim stojaku umieszczony jest manometr (8) i naczynie z płynem do przemywania. Poniżej znajdują się dwie flaszki, 1—2 l pojemności. Obie połączone są wężem przez otwory u dna (10). Jedna flaszka otwarta jest swobodnie (2), druga (1) zaś zamknięta korkiem gumowym z 2 otworami, w których tkwią kurki o trzech drogach. Jeden kurek (5) ma połączenie z manometrem i powietrzem atmosferycznem, drugi (4) z płynem do przemywania i opłucną. Po umocowaniu węża w opłucnej obniża się nieznacznie flaszkę z wolnym otworem, aby wytworzyć ciśnienie ujemne w opłucnej. Wielkość tego ciśnienia odczytuje się na manometrze. Ropa może teraz wypływać swobodnie. Przez przekręcenie kurka można wprowadzić pewną ilość płynu do przemywania, np. 50—100 cm^3 do opłucnej, skąd następnie powraca ten płyn do flaszki środkowej.

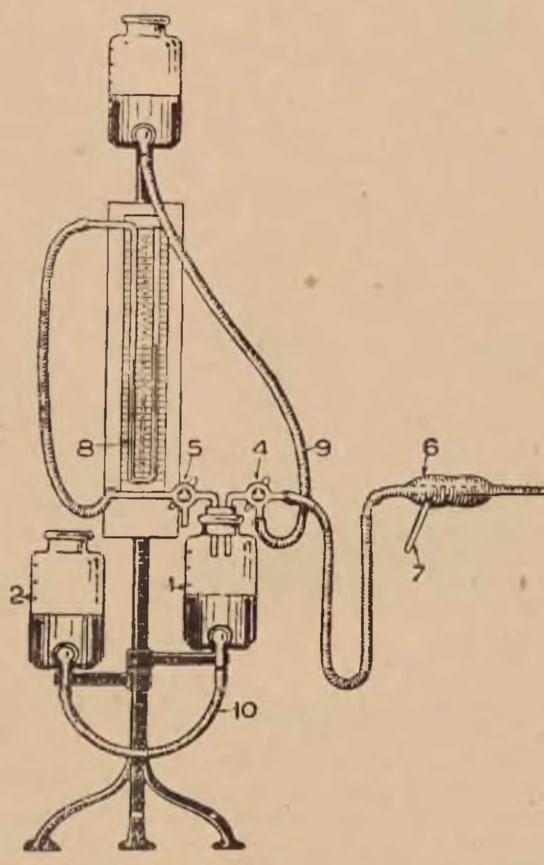


Fig. 3. *Aparat Morelli'ego do przemywania i aspiracji (drenażu zamkniętego) na stałe.*

wej. Ciśnienie ujemne w klatce piersiowej zwiększa się bardzo powoli z dnia na dzień, obniżając pierwszą flaszkę o 1—2 cm. Gdy zachodzi potrzeba przemywania opłucnej pod zwiększonem dodatniem ciśnieniem, mianowicie przy przetoce płucnej, wówczas łatwo to wykonać, podnosząc flaszkę z wolnym otworem i umieszczając ją ponad poziomem flaszki środkowej, mającej połączenie z opłucną.

Postępując według opisanej metodyki można osiągnąć do kilkunastu dni albo kilku tygodni wyleczenie ropniaka dzięki rozprostosowaniu się płuca i zarośnięciu opłucnej. Jeżeli to nie nastąpi spowodu nierozprostowania się płuca lub wytworzenia się przetoki nazewnątrz, to niema innej rady, jak wykonanie różnych zabiegów operacyjnych (wyrwanie nerwu przeponowego, dekortykacja płuca lub nawet wycięcie całej ściany, torakoplastyka S c h a d e'go.

Postępowanie klasyczne według M o r e l l i'ego w przypadkach ropniaka gruźliczego, nieleczącego się zapomocą zwyczajnych przemywań jest następujące: najpierw usuwa się ropę z opłucnej i jamę dokładnie się przemywa. Następnie robi się pleuro-pneumolizę pozaopłucnową metodą S a u e r b r u c h a lub B r a u e r a i frenikotomję. Teraz dopiero, gdy jama ropniaka znacznie się zmniejszyła a rana zagoiła, otwiera się opłucną i zakłada aparat do aspiracji. Przepona, śródpiersie i ściana klatki zbliżają się i zamykają jamę. Czasami pozostaje przetoka, ale jest to mniejsze zło, aniżeli pozostawienie ropniaka własnemu losowi. Zwykle bowiem prowadzi do śmierci.

Na zakończenie chcę jeszcze tu zauważyć, że całe instrumentarjum M o r e l l i'ego jest bardzo proste i może być własnemi środkami sporządzone. Potrzeba kupić tylko kurki trójdrożne, najlepiej metalowe.

Piśmiennictwo:

M. A s c o l i. Chirurgia del Torace. Roma, 1934. — E. M o r e l l i. Instrumento per l'attuazione del pneumotorace e per la cura delle sue complicanze, Roma. 1933.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Prof. Dr. Tadeusz TEMPKA. Kraków.

Uzupełnienie artykułu „Próba wyświetlenia przyczyny zgonu króla",

jako części wspólnej pracy (Artwiński, Ciechanowski, Szumowski, Tempka, Walter) ogłoszonej przez Fr. Waltera p. t. „Choroby i zgon Króla Stefana Batorego w świetle narady lekarskiej". (P. G. L. 1934. Nr. 32. — 35.).

W pracy tej, opierając się o obraz anatomiczny, przyjęto jako zasadniczą sprawę chorobową wiodącą ostatecznie, wśród szeregu sprzyjających warunków, do śmierci Batorego, obustronne zwyrodnienie torbielkowate nerek. Równocześnie przedstawiłem (Nr. 35. Str. 635) trudności, na jakie napotykało tego rodzaju ujęcie problemu, będącego tematem tej pracy, jak też i sposób rozumowania, który pozwolił na pokonanie tych trudności. Szczegółów tu oczywiście nie powtarzam, odsyłając do właściwej pracy. W kilka tygodni po pojawieniu się naszej pracy w druku miałem możność spostrzegać na moim oddziele (I. A. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie) przypadek, który zdaje się w zupełności potwierdzać słuszność naszego ujęcia zagadnienia śmierci króla Batorego. Poniżej przytaczam zasadnicze rysy tego przypadku mające związek z naszym tematem.

O. T., 52-letni mężczyzna, zarządca majątku ziemskiego, zgłasza się na oddział (L. dz. 482, 1934) 4. września spowodu łatwego męczenia się, które jednak do ostatniej chwili nie przeszkadzało mu w wykonywaniu zawodu. Z wywiadów podkreślić nadto należy przebycie duru brzusznego przed kilkunastu laty oraz bóle występujące za mostkiem w ciągu ostatnich kilku miesięcy. Żona rodziła 4 razy prawidłowo, nie roniła. Przedmiotowo: wzrost wysoki, odżywienie dobre, skóra blado-śniada, uzębienie niezupełne, zęby dolne chwieją się. Narząd oddechowy bez zmian. Serce w obu wymiarach lekko rozszerzone, aorta wstępująca szeroka na 7,5 cm, tony głuche, szmer skurczowy nad koniuszkiem, tętnice twarde, nierówne, ciśnienie tętnicze 130/75 RR. Wątroba macalna tuż pod łukiem, bez zmian, śledziona niemacalna. Obmacywaniem stwierdza się w jamie brzusznej wychodzące z obu podżebrzy dwa duże, symetrycznie ułożone, podłużne guzy, o wybitnie nierównej powierzchni, miejscami twarde, miejscami elastyczne, ruchome oddechowo i biernie, tkliwe na ucisk, dające objaw wstrząsania nerkowego. Mocz: c. wł. 1005, barwa słomkowo wodnista, białko 1‰, w osadzie tylko nieliczne ciałka białe. Wynik badania cystoskopowego prawidłowy, próba barwikowa stwierdza brak wydzielania się barwika z obu nerek jeszcze po 20 minutach (Oddział urologiczny Doc. Pisarskiego). Badanie surowicy krwi wykazało 8. września 130, zaś 3. października 80 mg % azotu pozabiałkowego; indykan w surowicy wyraźnie wzmożony, rezerwa alkaliczna wybitnie obniżona 31,9). Odczyny Wassermanna i Meinickego ujemne. Ciałek białych we krwi obwodowej 3.600, w tem 78% neutrocytów na niekorzyść limfocytów. Dno oczu bez zmian, ciepłota przez miesiąc spostrzegania klinicznego prawidłowa. Chory przez cały ten czas czuł się, poza lekkiem osłabieniem, zupełnie dobrze.

Jak więc widać, w przypadku tym, nienastręczającym od pierwszego badania najmniejszych nawet trudności rozpoznawczych, zachodzi typowy obraz torbielkowatego zwyrodnienia obu nerek, i to w okresie daleko posuniętej niedomogi wydzielniczej tego narządu.

Zestawiając teraz ten przypadek z przypadkiem choroby króla Batorego, stwierdzamy, poza wspólnem zasadniczem cierpieniem, jeszcze cały szereg innych łączących je momentów: ten sam wiek, czynniki zakaźne we wywiadach, chwiejące się zęby naszego chorego mogłyby odpowiadać odnośnie do tła „wypryskom" Batorego, brak krwawień nerkowych w obu przypadkach, objawy dusznicowe, ponadto zaznaczyć muszę, że chory mój używał również przez pewien czas gorących kąpieli, jak też, że aż do dalszego naszego badania nic nie wiedział o istnieniu 2 dużych guzów w jamie brzusznej. Najważniejszym jednak momentem łączącym oba te przypadki, to okoliczność, że także i nasz chory, mimo zwyrodnienia torbielkowatego nerek w okresie daleko posuniętej niedomogi wydzielniczej narządu moczowego i mimo obecności w jamie brzusznej dwu dużych guzów,

o których obecności nawet nie wiedział, — wykonywał do ostatniej chwili zawód i znowu do niego powrócił, zawód zarządcy majątku ziemskiego, który wymagał i wymaga nadal od niego bardzo wielkich wysiłków fizycznych w postaci bardzo wczesnego wstawania, ciągłych jazd konno lub bryczką, ciągłego zrywania głosu i ciągłych podniet nerwowych, przyczem należy podkreślić jeszcze ciągły wpływ ujemnych warunków atmosferycznych. Mimo to wszystko, jak już zaznaczyłem, jedynym objawem, który skierował chorego do lekarza, było tylko uczucie szybszego męczenia się.

W oświetleniu tego przypadku nie może nas teraz dziwić, że i Batory, mimo tego ciężkiego schorzenia, mógł tak długo, przynajmniej wśród objawów pozornego zdrowia, spełniać obowiązki wodza i polityka przy równoczesnem narażaniu się na trudy myśliwego. W tem oświetleniu zyskuje też i nasza hipoteza przyczyny zgonu króla Batorego tem większe cechy prawdopodobieństwa.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. T. XXIV. Nr. 7. 1934. Zienkiewicz W.: Zranienia czaszki na wojnie. — Sokołowski T.: O wskazaniach do operacyjnego leczenia spiralnych złamań trzonów kości długich. — Korczakowski J.: O konieczności rozszerzenia wskazań do krwawego nastawienia i operacyjnego leczenia niektórych złamań. — Levittoux H.: W sprawie leczenia zastrzałów w oddziałowych izbach chorych. — Sokołowski T.: Operacja palucha koślawego. — Bularski J.: Higjena marszu (c. d.).

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 19. 1934. Załuska J.: Wobec katastrofy. — Płońskier M.: W sprawie doboru personelu służbowego w szpitalach ogólnych. — Hozer J.: Uwagi w sprawie t. zw. „lekarzy domowych" i reorganizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych.

Wiedza Lekarska. Z. 9. 1934. Wiszniewski J.: Leczenie duru brzusznego u dzieci. — Margiel E.: Choroby alergiczne, ich patogeneza i leczenie.

Nowiny Lekarskie. Z. 19. 1934. Mayer K.: Marja Skłodowska. — Janusz W.: O własnym sposobie leczenia morfinizmu zapomocą tlenu, glukozy i insuliny. — Danielewski R.: Zwężenie przesmyku tętnicy głównej. — Ciechanowski: Uwagi terminologiczne do artykułu dr. Rafińskiego. — Rafiński R.: Kilka słów o mianownictwie anatomicznem.

Pedjatrja Polska. T. XIV. Z. 4. 1934. Mahrburg S.: Z badań histologicznych nad trzustką w zaburzeniach odżywiania u niemowląt. — Lewi R.: „Czwarta choroba" a wysypki pokrewne. — Gutmanowa M.: Przypadek gruźliczego zapalenia opon u niemowlęcia z zespołem uciskowym Nonne-Froin. — Oleszanka H.: Leczenie zapalenia płuc u niemowląt przy pomocy werandowania. — Gutmanowa M.: Przypadek ostrej posocznicy z hemoglobinurją (t. zw. choroba Winckla). — Marynowska H.: Wrażenia z pobytu w zagranicznych klinikach i szpitalach dziecięcych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 38. 1934. Scherf D. i Goldhammer S.: Dusznica bolesna a elektrokardjogram. Rasolt H. i Kiciński A.: W sprawie samoistnego pęknięcia tętnicy głównej. — Makower H. i Wołkowyski E.: Migotanie komór spowodowane przez ucisk na gałki oczne. — Świder S.: Kardjotachografja, nowa metoda badania narządu krążenia (don. tymcz.). — Hufnagel J.: Nieswoiste i swoiste nacieki tkanki płucnej. — Adamowiczowa S. i Kacprzak M.: Koszty opieki lekarskiej.

Życie Dziecka. Nr. 7—8. 1934. Tarnowska W.: Warszawa dziecku opuszczonemu. — Bobrowska B.: Kolonja — placówką walki z alkoholizmem. — Friedländerowa L.: Kiedy dziecko jest sobą. — Babicki J.: O wychowaniu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 41. 1934. Włodarczyk J.: W sprawie przystosowania miast i osiedli polskich do wymagań obrony przeciwlotniczo-gazowej. — Estreicher T.: Jan Zeh.

Młoda Matka. Nr. 19. 1934. Wiszniewski J.: Dalej czytamy. — Wójciak P.: Jak zapobiec poceniu się dziecka. — Bielobradek S.: Podsłuchane rozmowy. — Blumental L.: Ostrożnie z radami.

OCENY.

Situation sanitaire de Romania et des pays environants, de 1918—1922. Page d'histoire sanitaire de Pologne. (Stan sanitarny Rumunji i krajów przyległych w 1918—1922. Karta z historji sanitarnej Polski). N. VICOL. Bukareszt 1934. Str. 70.

Bardzo ciekawa praca, dotycząca dziejów przeprawy wojsk polskich i uchodźców z Ukrainy przez Rumunję do Polski w roku 1920. Autor, były szef sanitarny armji rumuńskiej w czasie wojny, a potem generalny inspektor uzdrowisk rumuńskich i prezes Tow. Hydrologji i Klimatologji Lekarskiej w Rumunji, wielki przyjaciel Polski, opisuje na podstawie ścisłych źródeł stan sanitarny Rumunji dawnej i jej nowych prowincyj, zwłaszcza Besarabji, stan chwilowo zajętego przez wojska rumuńskie Pokucia oraz stan sanitarny Polski i pogranicza ukraińskiego. Na tem tle przedstawione są zarządzenia władz cywilnych i wojskowych rumuńskich zmierzające do zabezpieczenia Rumunji i Polski przed nową inwazją chorób zakaźnych przy przejeździe wojsk i repatrjantów polskich oraz Denikińców. Rozporządzenia władz wojskowych i cywilnych rumuńskich, pisma polskiego Czerwonego Krzyża i cała korespondencja władz polskich z rumuńskiemi podane są dosłownie wzgl. w tłumaczeniu francuskiem, co czyni tę pracę bardzo wartościową dla historji medycyny administracyjnej. Broszura wydana została nakładem Tow. Hydrologji i Klimatologji Rumuńskiej.

Sabatowski (Lwów).

Les ordonnances du médecin praticien. (Ordynacja lekarza praktycznego). Wydawn. Masson i Cie. Paryż. 1934. 50 fr. fr.

Zespół lekarzy francuskich podaje sposobem encyklopedycznym w krótkich zdaniach postępowanie lecznicze praktyka w najważniejszych schorzeniach życia codziennego. W każdym ustępie, obejmującym poszczególną jednostkę chorobową, po krótkich uwagach rozpoznawczych, znajdują się zwięźle podane wskazówki lecznicze, a obejmują one nietylko leczenie rozmaitemi środkami farmakologicznemi, ale także i higjenę zapobiegawczą jak i cały dział fizykoterapeutyczny. W książce tej lekarz znajdzie *vade-mecum* dla swej praktyki codziennej.

M. Franke (Lwów).

Rezeptbuch der Pflanzenheilkunde. (Receptura ziololecznictwa). S. FLAMM i L. KROEBER. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Leipzig. 1934. Str. 187. Cena 10 marek niem.

Jest to jedno z wydawnictw nakładu „Hippokrates", które wydaje równocześnie czasopismo o tej samej nazwie. Zadaniem tego czasopisma i jego wydawnictw jest „ujednostajnienie" różnych kierunków w medycynie i pogodzenie medycyny „szkolnej" z homeopatami, naturalistami i t. p. Takie „zjednoczone" lecznictwo jest obecnie w Niemczech popierane przez „naczelnika lekarskiego".

Książka omawiana jest napisana przez lekarza (Flamm) i aptekarza (Kroeber) i zawiera następujące rozdziały: współczesna medycyna a ziołolecznictwo, farmakologja ziół, ciała czynne ziół, postać leku, mechanizm działania ziół, podział ziół według ciał czynnych, sposób przeprowadzenia leczenia ziołami, alfabetyczny spis nazw niemieckich i łacińskich roślin.

Drugą cześć książki stanowią recepty (88 stronic) mieszanek ziołowych, ułożone według następujących grup: choroby przemiany materji i zioła ogólnie „czyszczące krew", choroby dróg moczowych, żołądka i jelit, skóry, płuc, zaburzenia w miesiączkowaniu, choroby krążenia, krwawienia, choroby nerwów i środki przeciwgorączkowe.

Znaczenie ziołolecznictwa w medycynie ludowej i coraz to bardziej wzrastające zainteresowanie się tym działem także wśród lekarzy niewątpliwie wyznaczą tym lekom odpowiednie miejsce wśród innych środków leczniczych. Sczasem medycyna szkolna pozbędzie się nieuzasadnionego sceptycyzmu w stosunku do wielu ziół, a różni „domorośli lekarze" lub homeopaci przestaną widzieć w ziołach cudowne leki. Książka ta napisana jest objektywnie i może się przyczynić do dokładniejszego zapoznania się lekarza z różnemi składnikami ziół, a w parze z tem pójdzie też poznanie ich działania i dokładne sprecyzowanie wskazań do stosowania kuracji ziołami.

Skowroński (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

W sprawie zagadnienia predyspozycji. A. A. WISZNIEWSKIJ i K. P. GOLYSZEWA. Arch. Biol. Nauk. T. 33. Nr. 1/2. 1933.

Autorowie w szeregu doświadczeń uszkadzali w rozmaity sposób system nerwowy psów, jużto częściowo uszkadzając guz popielaty, jużto wstrzykując olejek krotonowy w nerw kulszowy. Zwierzęta znosiły wcale nieźle powyższe zabiegi i przez długi czas obserwacji pozostawały w dobrym stanie zdrowia. Okazało się przytem, że każde tego lub innego rodzaju uszkodzenie (podrażnienie) systemu nerwowego wywoływało u tych zwierząt pewne określone objawy patologiczne (owrzodzenia, nieznaczne krwawienia i t. p.) jako niewątpliwy objaw zaburzenia systemu nerwowego, jednak nie jego podrażnienia. Na podstawie swoich spostrzeżeń wyciągają autorowie wniosek końcowy, że stan predyspozycji do występowania tego lub innego rodzaju procesów patologicznych miejscowych polega na uprzedniej zmianie odnośnych części układu nerwowego ściśle związanych z trofizmem tkanek na obwodzie.

W. S. Hołobut (Lwów).

O antagonistach gruźlicy. N. D. STRAŻESKO. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 3. 1934.

Przebieg procesu gruźliczego zależny jest w znacznym stopniu od odczynu łącznotkankowego, a te schorzenia, przy których istnieje odczyn mezenchymalny, są antagonistami gruźlicy. Do tych schorzeń należy artretyzm i dna. Istnieje przy tych schorzeniach skłonność elementów mezenchymalnych do zmian włóknistych. Zwiększenie ilości kw. moczowego krążącego we krwi jest czynnikiem drażniącym układ siateczkowo-śródbłonkowy. Antagonizm między gruźlicą i przymiotem, a także między gruźlicą i ostrym reumatyzmem należy uważać za stwierdzony.

Omawiając antagonizm między gruźlicą i wadą serca, stwierdza A., że pomiędzy temi dwoma schorzeniami antagonizm nie istnieje, jak to w swoim czasie twierdził Rokitansky; można raczej twierdzić o zahamowaniu ewolucji procesu gruźliczego przy wadach serca a szczególnie przy zwężeniu ujścia zastawki dwudzielnej.

M. Segal (Lwów).

Próba zbadania dynamiki przemiany cholesterynowej w gruźlicy. I. J. GOLDENBERG i G. S. GINZBURG (Charków). Wracz. Dieło. Nr. 1. 1934.

Badanie cholesterynemji pokarmowej u chorych gruźliczych po podaniu oliwy wykazało, że charakter krzywej cholesteryny we krwi zmienia się: po wzniesieniu ku górze krzywa ch. u chorych opada szybciej aniżeli u zdrowych.

Cholesterynemja pokarmowa wykazuje tendencję do tem znaczniejszych wahań, im głębsze są zaburzenia kompensacji chorych gruźliczych. Objawia się to powolniejszem narastaniem krzywej ch. po podaniu oliwy i szybszem opadnięciem tej krzywej w porównaniu z krzywą badaną u innych grup chorych.

M. Segal (Lwów).

Przyczynek do techniki mierzenia głębokości snu i badania środków nasennych. H. REGELSBERGER. Ztschr. f. klin. Med. B. 126. Str. 395—404.

Szczegółowy opis aparatu wyrobu F-my Thermo-Technik w Berlinie, który automatycznie pobiera powietrze pęcherzykowe, analizuje w niem i rejestruje zawartość CO_2 w postaci krzywej przez szereg godzin.

Straub odkrył, że w czasie snu rośnie zawartość CO_2 w powietrzu pęcherzykowem. Z ilości CO_2 ocenia się objektywnie głębokość snu i działanie środków nasennych. Aparatem można również mierzyć kwasicę krwi w cukrzycy i chorobach nerek, jakoteż po wysiłkach fizycznych.

H. Długosz (Lwów).

O środkach kontrastowych w rentgenografji. Br. THOM. Roentgenpraxis. 1933. Z. 11. Str. 823.

Liczni rentgenolodzy stosują od lat stale jeszcze *Barium sulfuricum purissimum* „Merck", pomimo wielu nowych preparatów, wprowadzonych w tym czasie do handlu. Autor również stosował wyłącznie ten preparat aż do ostatnich czasów. Potem zastąpił go przy zdjęciach błon śluzowych *Neobar'em*, używając go w stosunku 1 : 1. Pęcherzyki, które zauważa się czasami przy użyciu tego środka, tworzą się wskutek nieprawidłowego przyrządzania zawiesiny. Autor poleca nową odmianę *Neobar'u*, wprowadzoną ostatnio do handlu. Do uwidocznienia śluzówki przyrządza zawiesinę, złożoną z 3 części *Neobar'u* i 2 części wody. Przygotowując zawiesinę, wsypuje autor do wody małe tylko ilości tego środka i miesza przytem stale. Nie jest wskazane zbyt silne mieszanie lub skłucanie zawiesiny, w takim bowiem przypadku wnika powietrze. Otrzymane w ten sposób zawiesiny *Neobar'u* są zawsze wolne od piany. *Neobar* znacznie silniej przylega do błony śluzowej niż inne środki kontrastowe. Smak posiada przyjemny, nieprzypominający mydła lub kredy. Do uwidocznienia śluzówki (zdjęcia ogólne oraz miejsc wybranych) jest według autora najodpowiedniejszy stosunek 3 części *Neobar'u* do 2 części wody. Na zdjęciu błony śluzowej jest widoczny wyraźny, dokładny rysunek. Baniek powietrza nie zauważono. Obserwując przez ekran do prześwietlań, widzi się, jak znakomicie mieszanina kontrastowa wnika w fałdy i jak równomiernie i ostro występują kontrasty. Środek ten przyczepia się w fałdach tak silnie, że pozostaje dużo czasu do obserwacji i wykonania zdjęć ogólnych, oraz miejsc wybranych. Oddał on także znaczne usługi przy zdjęciach wyrostka robaczkowego, na co autor wkońcu szczególną zwraca uwagę. Zdjęcia wyrostka robaczkowego przy pomocy *Neobar'u* wykazują bardzo ostre kontury, warstwa *Neobar'u* jest równomiernie rozłożona tak, że szczegóły występują znacznie wyraźniej, niż przy użyciu innych środków kontrastowych.

Dr. Bader (Warszawa).

O „szybkiej" cholecystografji. BIEDERMANN i BECHER. Deutsch. med. Woch. 1934. Nr. 15. Str. 577.

Autorzy podają stosowaną przez siebie metodę cholecystografji. Pacjent wypija rano naczczo 75 g cukru gronowego, rozpuszczonego w 300 g herbaty. W 45 minut potem wstrzykuje się powoli (przez 15 minut) roztwór 3 g *Jod-Tetragnostu* w 20 cm^3 wody destylowanej. Cień pęcherzyka żółciowego występuje już po 1 godzinie, jednakże po 2—3 godzinach bywa najwyraźniejszy. Po podaniu żółtek jaja obserwujemy jeszcze opróżnianie się pęcherzyka żółciowego; jeżeli wykona się to podczas tego samego posiedzenia, można całe badanie ukończyć w ciągu jednego przedpołudnia. Przy tej metodzie wystarcza jedno tylko wstrzyknięcie. Autor publikuje metodę swoją, ażeby zachęcić do jeszcze częstszego stosowania cholecystografji. Po zebraniu większego materjału będzie prawdopodobnie można dokładnie rentgenologicznie ustalić niezadowalające dotychczas diagnozy, jak „cholecystopatji" i „dyskinezji" dróg żółciowych.

Dr. Bader (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Rak oskrzeli. L. POPPER. Ztch. f. klin. Med. B. 126. Str. 689—700.

Ilość przypadków raka oskrzeli wzrosła znacznie w ostatnich 10 latach. Na podstawie większych zestawień można wykluczyć, że przyczyną tego zjawiska jest rozwój automobilizmu, terowanie ulic, wojenne zatrucia gazami, proch i pył w okręgach przemysłowych. Nie da się jednak zaprzeczyć, że rak oskrzeli najczęściej występuje u ludzi pracujących w jakimkolwiek pyle. Częste stany zapalne oskrzeli i płuc, szczególnie na tle grypowem, mogą być podstawą dla rozwoju raka. Gruźlica płuc i rak oskrzeli często występują razem spowodu częstości gruźlicy i coraz większej częstości raka oskrzeli, bez związku przyczynowego, chociaż niektórzy podnoszą częste występowanie raka i gruźlicy w jednem płucu, nawet jednym płacie. Nieraz rozwija się rak z rozstrzeni oskrzeli, ropnia płuc lub po urazie, często po przebytem schorzeniu płuc lub opłucnej. Na tle przewlekłych zmian zapalnych występuje metaplazja nabłonka. Nie wyjaśniono dotychczas związku między rakiem oskrzeli a kiłą. Uderza częstsze występowanie kiły w przypadkach raka oskrzeli. Dla powstania raka podniebienia, migdałków, gardła a szczególnie języka ma duże znaczenie przebyta kiła. Według Fournier'a 80% chorych z rakiem języka przebyło kiłę. Nie można jednak narazie ustalić względnie wykluczyć związku przyczynowego między kiłą a rakiem oskrzeli. Zbierając wszystko: nie można dzisiaj podać przyczyny wzrostu ilości przypadków raka oskrzeli w ostatnich latach.

Predysponowanym wiekiem jest 50—60 lat, tylko u kobiet nierzadko powyżej 70 lat. U mężczyzn częstość występowania 3 razy większa niż u kobiet. Z danych klinicznych przytaczam tylko rzeczy ciekawsze: na 57 przyp. tylko 5 razy stwierdzono klinicznie wysięk opłuc., a 6 razy skąpe ilości w czasie sekcji. Tylko 3 razy na 11 wysięk był krwawy. Plwocina „prawie nigdy" nie zawierała tkanek nowotworowo zmienionych, z domieszką krwi była tylko 11 razy. We krwi przeważała leukocytoza, większa niż to odpowiadało temperaturze, 10.000 — 20.000, przytem charakterystyczna jest obecność kwasochłonnych na szczycie gorączki.

Na 40 przyp. bezpośrednią przyczyną śmierci był krwotok płucny. Przerzuty stwierdzono: w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiu 30%, wątrobie 25%, kościach 20%, nerkach 10%, nadnerczach 8%, mózgu 8%, śledzionie 5%, trzustce 5%, w 1 przyp. w mięśniu sercowym, w 1 w tarczycy, 2 razy w jelicie.

Często przebiega jak: zapalenie płuc z wysoką gorączką, zgorzel płuc, chroniczne zapalenie płuc, gruźlica rozpadowa. Wybitne stępienie umysłowe, leniwo reagujące źrenice, różnica w odruchach, objawy piramidowe obok stwierdzenia przebytej kiły w jednym przyp. skłoniły do rozpoznania porażenia postępującego. Tymczasem sekcja wykazała: liczne przerzuty do mózgu raka oskrzela.

Intensywne naświetlanie wcześnie rozpoznanego raka oskrzeli może rozwój powstrzymać. W jednym przyp. obserwowano po naświetlaniu zniknięcie raka w płucu, jednak chory zmarł spowodu charłactwa. Sekcja wykazała tylko 2 małe przerzuty w wątrobie i nerce. *H. Długosz* (Lwów).

O jednym przypadku wychudzenia pochodzenia mózgowego. F. BODART. Ztschr. f. kl. Med. B. 126. St. 499—505.

W przypadku zapalenia mózgu wystąpiło bardzo znaczne wychudzenie. Po wykluczeniu wszystkich tu wchodzących przyczyn wychudzenia, szczególnie schorzenia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, ujmuje autor przypadek jako wychudzenie pochodzenia mózgowego. Opisany obraz chorobowy jest stosunkowo bardzo rzadki. *H. Długosz* (Lwów).

Meningitis necrotoxica reactiva Babiński - Gendron (zapalenie opon odczynowe z rozpadu tkanki mózgowej). JAKIMOWICZ WŁ. Neurologja Polska. XVI.

Autor opisuje kilka przyp. rozmięknienia mózgu, w których na pierwszym planie stały objawy oponowe. Objawy te pokazały się bądź równocześnie z objawami mózgowemi, bądźto krótki czas po nich. Płyn mózgowo-rdzeniowy nie zachował się tak jak przy zapaleniach ropnych opon i przedstawiał raczej obraz odczynu opon na podrażnienie ciałami obcemi. Źródła tych ciał należy szukać jedynie w ogniskach rozmiękknieniowych. Rozpoznanie omówionej postaci zapalenia opon ułatwia znakomicie nakłucie lędźwiowe, wykonane bezpośrednio po udarze i wykazujące stosunki prawidłowe, gdyż po pewnym czasie dopiero występują wtórne objawy oponowe.

Obständer (Bielsko).

Przyczynek do kliniki i radjologji kilaków płuc. E. SERGENT, ET. PIOT i J. IMBERT. Pres. Méd. Nr. 32. 1934.

Autorowie podają 3 przypadki kilaków płuc i na podstawie własnych obserwacyj podkreślają, że w przypadku anamnezy kiłowej obecność okrągłego zacienienia płuc każe zawsze myśleć o kilakach. Obraz taki nakazuje zastosować próbne leczenie specyficzne. Spostrzeżenia autorów przemawiają za tem, że także w braku dodatniej anamnezy kiłowej a przy obecności zmian rentgenowskich należy myśleć o kilakach i spróbować leczenia przeciwkiłowego. *Skowroński* (Lwów).

Gościec stawowy ostry i przewlekły — ich związek etjologiczny. F. MICHELI. Min. Med. Nr. 28. 1934.

Wspierając się na bogatem doświadczeniu klinicznem i na badaniach anatomo-patologicznych, autor uważa gościec stawowy ostry i przewlekły jako dwie różne jednostki chorobowe, niemające ze sobą poza umiejscowieniem żadnego podobieństwa ani związku. *Mester* (Kraków).

Przyczynek do poznania bąblowca tarczycy. L. LOI i E. PUXEDU. Minerwa Medica. Nr. 25. 1934.

U 59 letniej kobiety stwierdzono na stole sekcyjnym torbiele bąblowca w lewym płacie gruczołu tarczowego. Nigdzie pozatem bąblowca w tym ustroju nie stwierdzono.

Mester (Kraków).

Doświadczalne i kliniczne wyniki stosowania niektórych próbnych śniadań. M. K. PETROW i S. M. RYSS. Centr. Med. Żurn. T. XIII, Nr. 1. 1934.

Autorzy zbadali doświadczalnie i klinicznie niektóre próbne śniadania: 1) kofeinowe, 2) alkoholowe według Ehrmana, 3) odwar piołunu, 4) bulion, 5) zaproponowane przez autorów nowe próbne śniadanie z proszku kapusty w postaci 7% odwaru. Przeprowadzono 200 doświadczeń na 4-ch psach z przetoką Pawłowa i Heidenhaina. Wyniki doświadczeń: 1) kofeina pobudza wydzielanie soku żołądkowego w takiej samej ilości, jak pod wpływem wody, 2) 5% śniadanie alkoholowe jakkolwiek znacznie wzmaga wydzielanie s. ż. — pobudza jednocześnie do wydzielania dużej ilości śluzu, który może imitować *gastritis,* pozatem okazuje działanie narkotyczne, 3) odwar piołunu daje mały efekt, 4) bulion mięsny pobudza do znacznego wydzielania s. ż., jednakże wyniki badania s. ż. są różne, zależnie od gatunku mięsa; 5) 7% odwar z kapusty daje doskonały wynik, podobny do działania ekstraktu Libiega. Wszystkie te sposoby zostały klinicznie skontrolowane przez Krasnopolskiego, przyczem wykonano 14.000 badań treści żołądkowej u 8.000 osób.

Proszek kapusty został wypróbowany w 2400 przypadkach. W 96% wyniki są analogiczne do działania bulionu. Aa. zalecają swój sposób jako dobry fizjologicznie - chemiczny „drażnik" gruczołów żołądkowych. *M. Segal* (Lwów).

Leczenie róży promieniami pozafiołkowemi. A. LEITE i C. QUIJANO. La Semana medica. 1933. Nr. 42.

Autorzy polecają bardzo gorąco naświetlanie promieniami pozafiołkowemi okolic dotkniętych różą 2 do 3 razy po 5 lub więcej minut i zapewniają, że żaden inny sposób nie daje tak szybkich dodatnich wyników.

A. Abdański (Krzemieniec).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Odwadnianie jako sposób pomocniczy przy leczeniu urazów czaszkowo-mózgowych. S. MIHAILESCU. Revista de Chir. Nr. 5—6. 1934.

Doświadczenie autora obejmuje 29 przypadków urazów czaszkowo-mózgowych, w których stosowano obok typowych zabiegów chirurgicznych wlewania dożylne 20% *serum glucosé* w ilości 20 cm³ dwa razy dziennie. Dobre wyniki, uzyskane przez autora, mogą mieć związek z odwadniającem działaniem powyższego środka na obrzęk mózgu, towarzyszący zwykle temu rodzajowi uszkodzeń. W innych wypadkach stosował autor równocześnie kroplówkę z 15% roztworu *magn. sulfur.*

A. Abdański (Krzemieniec).

Zabiegi chirurgiczne w chorobie Hodgkina. B. HEJDUK. Čas. Lék. Česk. 1933, z. 46—47.

Choroba Hodgkina jest prawdopodobnie chorobą zakaźną o nieznanym dotychczas zarazku. Dla rozpoznania decydującem jest badanie histologiczne, ponieważ nie posiadamy pewnego objawu klinicznego ani swoistego odczynu serologicznego. Obok biopsji gruczołu obwodowego może potwierdzić rozpoznanie nakłucie gruczołów, śledziony lub szpiku kostnego.

Przez naświetlanie zmniejszają się gruczoły; promienie Roentgena, drażniąc tkankę łączną do bujania kosztem tkanki swoistej, działają tylko pośrednio. Zarazek bowiem choroby szerzy się dalej i wywołuje bujanie granulacyjne w innych narządach.

Obok znanego obrazu ogólnej choroby, zaczynającej się w gruczołach chłonnych, spostrzega się ostatnio coraz częściej ziarniniak pierwotny w postaci odosobnionego schorzenia tego lub owego narządu. W tych przypadkach radykalny zabieg umożliwić może trwałe wyleczenie, usuwając i zarazek choroby, oporny na promienie Roentgena. Zadawalniające wyniki szeregu zabiegów radykalnych, wykonanych przez licznych autorów, jakoteż przypadek własny autora, tyczący się ziarniniaka śledziony, wyleczonego przez usunięcie śledziony uprawniają autora do tego poglądu. Zabieg paljatywny przy schorzeniu ogólnem jest metodą wyboru, a może przedłużyć remisję. Jeżeli nagłe powikłanie *(occlusio intestini, compressio medullae spinalis* i t. d.) zagraża życiu chorego, wówczas bezwzględnie wskazany jest zabieg, jako jedyny środek, ratujący życie. Przez naświetlanie po operacji zwiększa się nadzieja na trwały skutek.

Ungar (Lwów).

Przetoka żółciowa w następstwie wycięcia żołądka spowodu wrzodu. Cholecysto-jejunostomia. Wyleczenie. O. FRANCKE i N. FALCOIANU. Revista de Chirurgie. Nr. 5—6. 1934.

Opis rzadkiego przypadku przetoki przewodu żółciowego wspólnego w następstwie wycięcia żołądka spos. Polya - Reichel. Spowodu bardzo obfitego żółciotoku wykonano zespolenie woreczka żółciowego z jelitem cienkiem. Wyzdrowienie. W powyższym przypadku ma się do czynienia — wedle przypuszczeń autorów — z ograniczoną martwicą ściany przewodu wspólnego, wywołaną energicznem oddzielaniem zrostów. Autorzy radzą w przypadkach, w których dno wrzodu tworzy przednia ściana przewodu wspólnego, wykonywać raczej wycięcie żołądka sp. Finsterera. Przegląd odnośnych przypadków z literatury światowej. *Abdański* (Krzemieniec).

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej zapomocą odczynu Aschheim-Zondeka. SVET. S. BARJAKTOROVIĆ (Belgrad). Zbl. f. Gyn. Nr. 13. 1934.

Badając odczyn A.-Z. na samicach zająca w 100 przypadkach ciąży wewnątrzmacicznej i 26 przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej — a. zaobserwował pewne cechy, które pozwalają odróżnić ciążę maciczną od pozamacicznej. Przy ciąży wewnątrzmacicznej odczyn A.-Z. wywołuje u samic zająca wylewy krwawe w folikułach, które są duże, obrzmiałe i sino-czerwone; pozatem istnieje silne przekrwienie całego narządu rodnego. W przypadkach ciąży pozamacicznej utrzymanej — wylewy krwawe są nieznaczne, folikuły nie są tak duże i obrzmiałe; przekrwienie narządu rodnego jest prawie niewidoczne. Przy ciąży pozamacicznej pękniętej odczyn ze strony jajników jest jeszcze słabszy, niekiedy zaledwie tylko zaznaczony względnie ujemny, co zresztą zależy od czasu, jaki upłynął od chwili pęknięcia ciąży.

Jajniki samic zająca należy badać po upływie 36 nawet 48 godzin od chwili wstrzyknięcia moczu dożylnie. A. wychodzi z założenia, że hormon wywołujący odczyn A.-Z. jest pochodzenia łożyskowego względnie kosmówkowego a nie przysadkowego. Przy ciąży wewnątrzmacicznej kosmówka rozwija się lepiej, gdyż usadawia się w miejscu bardziej fizjologicznem i dla niej właściwem, i dlatego produkuje więcej hormonu. Przy ciąży pozamacicznej kosmówka rozwija się w warunkach dla niej niekorzystnych i dlatego produkcja hormonu jest ograniczona. Tem tłumaczy a. różnicę nasilenia odczynu A.-Z., który przy ciąży wewnątrzmacicznej jest znacznie silniejszy aniżeli przy ciąży pozamacicznej. *M. Segal* (Lwów).

Czy próba ciążowa z jajnikami królic autoplastycznie przeszczepionemi do przedniej komory oka może mieć zastosowanie praktyczne? (Uwagi do pracy F. Spirito). HANS DWORZAK i KURT PODLESCHKA (Praga). Zbl. f. Gyn. Nr. 23. 1934.

Wykonano 83 przeszczepień jajnika do przedniej komory oka królic, przyczem 16 królic z obustronnemi przeszczepami użyto do próby ciążowej. Badania autorów wykazały, że odczyn ciążowy niezawsze może być rozpoznany wskutek niekorzystnej lokalizacji pęcherzyków, które pod wpływem wstrzykniętego hormonu doprowadzono do proliferacji. Dalej stwierdzono, że przeszczepy jajników niezawsze reagują na gonadotropowy hormon przedniego płatu przysadki tak, jak reaguje jajnik normalny. Transplantaty, które już raz były czynne, nie wykazują zmian funkcjonalnych pod wpływem gonadotropowego hormonu, jednak po pewnym okresie bezczynności występują samoistnie zmiany cykliczne.

Odczyn ten ustępuje odczynom ciążowym A.-Z. i Friedmana, gdyż wyniki pewne uzyskano tylko w 84% przypadkach.
M. Segal (Lwów).

W sprawie leczenia groźnych dla życia krwawień pęcherza moczowego. A. BAUEREISEN. (Magdeburg). Zbl. f. Gyn. Nr. 12. r. 1934.

Dwa przypadki krwawienia z pęcherza moczowego, które przybrały charakter groźny dla życia pacjentki. Sieć naczyń żylnych w obu przypadkach była silnie rozwinięta, miejscami o charakterze splotów, jednakże nie w takim stopniu, aby sama przez się mogła być przyczyną pęknięcia żył. Wystąpienie pęknięć łączy a. z uprzedniem naświetlaniem *mesothorium*.

Krwawienia z pęcherza po leczeniu energją promienną są naogół bardzo rzadkie. Uszkodzenie pęcherza moczowego i pęknięcia rozszerzonych naczyń po naświetlaniu radem występują dość późno — po upływie 5—6 lat. Dla zatamowania groźnych krwawień z pękniętych żył należy zastosować elektrokoagulację, która natychmiast tamuje krwawienie. O ile elektrokoagulacja zawodzi, skutecznym sposobem jest płókanie pęcherza azotanem srebra w roztworze 1:500. O ile krwawienie nie daje się powstrzymać, należy operować. *M. Segal* (Lwów).

Pęcherz moczowy i leczenie raka macicy energją promienną. WSEWOŁOD KORCHOW (Leningrad). Zbl. f. Gyn. Nr. 12. 1934.

Przy leczeniu raka macicy energją promienną należy zwrócić uwagę na pęcherz i drogi moczowe. Szereg autorów podaje powikłania w związku z leczeniem energją promienną, jak zwężenie moczowodów z następowym bezmoczem i mocznicą, wodonercze. A. zwraca uwagę na konieczność kontrolowania pęcherza moczowego zapomocą cystoskopji w czasie leczenia raka macicy energją promienną. W wyborze metody leczenia należy indywidualizować, gdyż nasilenie zmian w drogach moczowych niezawsze odpowiada zmianom w macicy. Dawkowanie energji promiennej należy uzależnić raczej od stanu pęcherza moczowego aniżeli od schorzenia podstawowego *(Ca)*, ponieważ nekroza powstająca około guza macicy nie pociąga za sobą tak ciężkich powikłań jak nekroza pęcherza moczowego i moczowodów. Zmiany nekrotyczne skutkiem naświetlania powstają najczęściej na tylnej ścianie pęcherza. Przyczyną nekroz są bardzo złe warunki ukrwienia tych części pęcherza, skutkiem obrzęku i objawów zastoinowych w związku z rakiem macicy, pomijając szerzenie się samego guza na pęcherz moczowy. Kontrola cystoskopowa jest jedną z ważniejszych czynności w zwalczaniu raka macicy, gdyż może znacznie poprawić rokowanie i ułatwić leczenie. *M. Segal* (Lwów).

O stosowaniu mieszaniny eupaweryny, atropiny i dwumetylamino-fenazonu w położnictwie. J. KRUG. Münch. med. Woch. 1933, Nr. 20, str. 772.

Dla zmniejszenia bólów porodowych stosował autor czopki, zawierające 0,03 eupaweryny, 0,0005 *atropin. methylobromat.* i 0,15 dwumetylaminofenazonu. Wszystkim położnicom, u których spodziewano się długotrwałego, bolesnego porodu, jak np. starszym pierwiastkom, w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, dysproporcji pomiędzy główką a miednicą i t. p., podawano, niezależnie od okresu porodu, po 1 czopku, zawierającym wspomnianą mieszaninę. Stosowano wspomnianą mieszaninę u 100 położnic. Porównano przebieg tych porodów z równą ilością porodów bez stosowania leku. Po zastosowaniu wspomnianego czopka spostrzegano naogół wyraźne zmniejszenie się bólów porodowych i korzystny wpływ na czynność porodową. Szczególnie zmniejszały się bardzo dotkliwe bóle w krzyżu. Przeważnie wystarczał jeden czopek, w niektórych przypadkach (starsze pierwiastki, umiarkowana dysproporcja pomiędzy główką a miednicą i t. p.) podawano drugi, a nawet trzeci czopek. Nigdy nie spostrzeżono zmniejszenia się czynności porodowych, ani działania ujemnego na dziecko. W kilku przypadkach zdarzyło się oczywiście także, że środek zawiódł. Na podstawie wyżej wymienionych danych można twierdzić, że czopki powyższe okazały się pożądanym środkiem w położnictwie domowem.
Dr. Bader (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie XV. posiedzenia naukowego odbytego dnia 1. czerwca 1934.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Moszczeński, czł. Tow., przedstawił i omówił dwa przypadki *ciał obcych w żołądku*. Połykanie ciał obcych przez ludzi umysłowo chorych nie jest jednak osobliwością. Zwykle w grę wchodzi połknięcie przypadkowe u chorych zamroczonych lub też urojenia są przyczyną połykania. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa u ludzi niewykazujących choroby umysłowej. Więźniowie bardzo często połykają różne przedmioty codziennego użytku przeważnie dla celu dostania się do szpitala. Prognoza jest zwykle dobra, a wydalanie tych ciał przychodzi do skutku albo na drodze konserwatywnego bądź też operacyjnego leczenia. Przypadek 1. dotyczy mężczyzny, lat 30, który już dwukrotnie był operowany spowodu ciał obcych. W czasie pobytu w szpitalu więziennym we Lwowie połknął scyzoryk, który drogami naturalnemi został do 3 tygodni wydalony. Przypadek 2. dotyczył mężczyzny 26 letniego, który przed rokiem w innem więzieniu połknął szereg przedmiotów metalowych. W obu przypadkach brak było objawów otrzewnowych, a w przypadku drugim wyjęto z żołądka w czasie operacji 15 części metalicznych o łącznej wadze 620 g.

W dyskusji co do dwóch przypadków przedstawionych przez kol. Moszczeńskiego zabiera głos kol. J. Wolf i podaje, że obydwa przypadki były badane, a jeden operowany na Oddziele chirurg. Prof. Ostrowskiego. Pierwszy przypadek (z trzema ciałami obcemi w żołądku) nie nadawał się do zabiegu spowodu a) braku objawów otrzewnowych, b) chory o typie niepoprawczego recydywisty (był dwa razy już operowany spowodu ciał obcych), c) dobrej prognozy, zwyczajnie bowiem ciała obce wydostają się drogą naturalną (co też w pierwszym przypadku miało miejsce). Z powyższych powodów zabieg operacyjny bezcelowy. W drugim przypadku było bezwzględne wskazanie do operacji spowodu a) częstych bólów, b) wielkiej ilości ciał obcych w żołądku. Wykonano gastrotomję i wydobyto 15 ciał obcych. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

2. Kol. Długosz, czł. Twa, przedstawił dwa przypadki schorzenia, opisanego najpierw przez Pfeiffera (1889) *jako gorączka gruczołowa*, potem przez Türka (1906) *jako odczyn limfatyczny*,

przez autorów amerykańskich (1921) jako *mononucleosis infectiosa*, przez Schultza (1922) jako *angina monocytaris*, słuszniej przez innych nazywana *angina lymphatica*, ostatnio przez Glanzmanna nazwanego *„lymphämoides Drüsenfieber"*. Następnie omówił D. na podstawie trzech obserwowanych przypadków i danych z piśmiennictwa etjologję, patogenezę i klinikę tego schorzenia, podkreślając ważność rozpoznania różniczkowego z chorobami zakaźnemi, które przebiegają z wysoką gorączką, powiększoną śledzioną i limfocytozą, z innemi chorobami migdałków, ze schorzeniami krwi, a szczególnie z ostrą białaczką limfatyczną.

3. Kol. Mierzecki, czł. Twa, wygłosił wykład: *O dalszych badaniach nad przetworami ropy naftowej i ich możliwościach leczniczych*. Prelegent nawiązuje do wykładu wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem dnia 3. XII. 1933, i zdaje sprawę z dalszych badań chemicznych, farmakologicznych, bakterjologicznych oraz klinicznych, poczynionych nad solami amonowemi, srebrowemi, glinowemi i wapniowemi sulfokwasów naftowych. Sole amonowe sulfokwasów naftowych wprowadzone do lecznictwa pod nazwą *„naphtamon"* poddane zostały dalszemu dokładnemu badaniu chemicznemu w Zakładzie Technologji Nafty Politechniki Lwowskiej, przyczem usiłowano ustalić stosunek ich do preparatów ichtjolowych, stosowanych w lecznictwie. I przekonano się, że nasza sól amonowa jest produktem zasadniczo różnym nietylko od wszelkich znanych preparatów ichtjolowych ale także od wszelkich preparatów usiłujących ichtjol zastąpić. Działanie lecznicze preparatów ichtjolowych przypisują związkom tiofenowym, a więc siarce sulfidowej. Naftamon nie zawiera siarki sulfidowej i tylko ślady siarki sulfatowej, a cała siarka jest obecną w postaci sulfonowej. Nasza sól amonowa nie jest solą różnych szeregów sulfokwasów naftowych, ale jednego określonego sulfokwasu naftowego, jest otrzymana z innego materjału wyjściowego i inną metodą aniżeli ichtjol, ma odmienną rozpuszczalność, nie posiada przykrego zapachu, nie posiada tak ciemnej barwy, i nie barwi tak intensywnie bielizny, dając się łatwo spłókać wodą, oraz tworzy sole wapniowe rozpuszczalne w wodzie. Przyczyną wprowadzenia naszych soli amonowych do lecznictwa była zdolność obniżenia napięcia powierzchniowego, tworzenia obfitej piany i emulgowania organicznych rozpuszczalników. Ta ostatnia właściwość była dla nas specjalnie ważna, bo jak wiemy wydzielanie tłuszczów powierzchownej warstwy skóry przeszkadza w przenikaniu w głąb płynów i tem też tłumaczono sobie przyczyny, dla których poszczególne leki zatrzymują się niejednokrotnie w samej warstwie rogowej, nie przenikając skóry całej. By te tłuszcze usunąć, wprowadzano mydła tłuszczowe, które podwyższają zdolność resorbcyjną skóry. Jednakowoż mydła kwasów tłuszczowych są w wodzie silnie zhydrolizowane i ich roztwory wodne zawierają obok siebie w pewnej równowadze chemicznej wolne zasady i kwas tłuszczowy, wskutek czego działają one drażniąco na naskórek. Natomiast sól amonowa stosowanego przez nas sulfokwasu naftowego — co stwierdzono eksperymentalnie — nie ulega hydrolizie w roztworach wodnych tworząc zupełnie obojętne roztwory i stąd naskórka ani błony śluzowej nie drażni. Badania histologiczne skrawków skóry traktowanych solą amonową naszego sulfokwasu wykazały, że tłuszcz gruczołów łojowych bardzo nawet od warstwy rogowej odległy, uległ zupełnemu zmydleniu mimo że warstwa rogowa, ani inne części przybłonka i skóry nie uległy uszkodzeniu, co bardzo wybitnie występuje na przedstawionych rysunkach dokonanych z własnych histologicznych preparatów. Nasza sól amonowa, jako jedyny znany lek, przenika przybłonek nieuszkodzony, wykazuje jednakowoż własności antyseptyczne, hamuje rozwój mikroorganizmów a w koncentracji około 1% przeciwdziała ona rozkładowi ciał białkowych. Poza działaniem emulgującem i antyseptycznem ma ona właściwości keratoplastyczne, a w większych stężeniach keratolityczne, pozatem posiada zdolność zwężania naczyń, uśmierzania świądu i bólu skóry. Badania kliniczne przeprowadzone nad naszą solą amonową wykazały, że posiada ona własności lecznicze wobec poparzeń, ran tłuczonych, sączącego wyprysku, wrzodów podudzia, spraw łojotokowych i odmrożeniowych. Właściwości emulgujące tłuszcze zostały też zużytkowane dla przygotowania specjalnego płynu przeciw świerzbowi (*„naphtival"*), który okazał się niecuchnącym i nieplamiącym, umożliwiający zatem wykonywanie pracy zawodowej. Płyn ten sporządzony z odpadków przy rafinacji ropy naftowej okazał się oczywiście bardzo tani, a w leczeniu około 20 przypadków skutecznym. Wspomniane właściwości naszej soli amonowej zużytkowano z korzyścią jako roztwory wodne i glicerynowe w leczeniu upławów białych u kobiet, przyczem stwierdzono, że energicznem swem działaniem przewyższają związki ichtjolowe, a są natomiast mniej drażniące. Podobnie skuteczną okazała się sól amonowa w leczeniu wyprysków powiek. Badania doświadczalne na materjale zwierzęcym (króliki i psy) przeprowadzono w Zakładzie Farmakologji Akademji Med. Weterynaryjnej (Doc. Dr. Skowroński). Sól ta wprowadzona doustnie, dożylnie i *per rectum* nie wywoływała żadnych zaburzeń ani ze strony narządu trawienia, ani też ze strony wątroby i nerki. Badania sekcyjne oraz histologiczne potwierdziły nasze spostrzeżenia. Sól srebrowa wprowadzona do lecznictwa pod nazwą *„naphtargol"* zbliża się swemi własnościami do koloidów nieorganicznych (suspensoidów), zawiera około 30% srebra i w czasie dializy wykazała bardzo silną adsorbcję. W stężeniach stosowanych w lecznictwie nie działała wysalająco na białko. Badanie histologiczne błony śluzowej poddanej działaniu naszej soli srebrowej sulfokwasów naftowych wykazało, że mają one zdolność przenikania przez nieuszkodzoną błonę śluzową i jak przedstawione rysunki naszych preparatów histologicznych wykazują, przenikają one aż do tkanki łącznej, przyczem wnikał tam nietylko jon organiczny, ale także i srebrowy, co próbą jodkiem potasu zostało w naszych preparatach uwidocznione. Jak z dawnych już prac wynika, działają one bakterjobójczo na paciorkowce hemolizujące, na pałeczki okrężnicy i na ziarenkowce rzeżączki, przyczem miano bakterjobójcze waha się od 1 na 4000 do 1 na 10.000. Wysokość miana bakterjobójczego zależna jest od ilości srebra. Próby bowiem przeprowadzone nad roztworem soli srebrowej zawierającej 5% srebra nie wykazywały właściwości bakterjobójczych w odniesieniu do ziarenkowców rzeżączki w roztworze 1 na 1000, a wykazały dopiero w roztworze zawierającym 10% srebra. Próby bakterjobójcze w roztworze 1 na 2000 można było wykazać dopiero przy zawartości 25% srebra. Sól srebrową sulfokwasów naftowych stosowano z wynikiem zadawalniającym w leczeniu rzeżączki u mężczyzn i u kobiet, nieżytów cewki i pęcherza, zwłaszcza wywołanych przez pałeczki okrężnicy, w przebiegu czyraczycy, liszajca paciorkowcowego, gruźlicy rozmiękającej a przedewszystkiem w leczeniu róży. Dobre wyniki lecznicze uzyskano w leczeniu chorób zatok szczękowych i zapaleń gardła oraz ostrych i podostrych nieżytów spojówek i zapalenia powiek. Badania farmakologiczne Zakładu Farmakologji Akademji Medycyny Weterynaryjnej (Doc. Dr. Skowroński) wykazały, że jakkolwiek ta sól srebrowa nie nadaje się narazie do wlewań dożylnych, to jednakowoż nadaje się do leczenia doustnego, zwierzęta bowiem (króliki) znosiły zupełnie dobrze 0.2 g soli srebrowej jako 1% roztwór, nie powodując żadnych objawów zatrucia, a działając jedynie tylko hamująco przez 1—2 dni na narząd trawienia. Badania te otwierają wobec tego pole do stosowania go jako leku narządu trawienia. Własności fizyko-chemiczne sulfokwasów naftowych a w szczególności ich własności wysuszania, odwadniania, zwężania naczyń i inne własności przeciwzapalne skłoniły nas do stosowania soli amonowych do leczenia upławów kobiecych. To działanie jednakowoż sulfokwasów naftowych usiłowaliśmy spotęgować przez opracowanie nowego związku chemicznego, który połączył właściwości sulfokwasu naftowego i glinu. Chodziło tu z jednej strony o szybkie przenikanie i łatwe rozprowadzenie związku glinowego w schorzałej błonie śluzowej, z drugiej strony o uzyskanie możliwie trwałej formy preparatu, w którymby glin znajdował się w postaci rozpuszczalnej względnie jako delikatna zawiesina. Należało w dalszym ciągu uwzględnić fakt, że sól nasza ulegnie hydrolizie, a wolny sulfokwas będzie reagował wybitnie kwaśno, co w danym wypadku zastosowania leczniczego było pożądane. Jest bowiem wiadomem, że jednym z objawów upławów jest cofnięcie się kwasoty płynu pochwowego aż do reakcji niemal obojętnej. Oddziaływanie kwaśnych preparatów naszego preparatu, wynoszące w stężeniu około 1 n. pH około 1, a w rozcieńczeniu 4-krotnem 2.5 i dopiero w rozcieńczeniu około 100 ustala się na około 3.7. Badania próbne przeprowadzone nad działaniem związku tego na pał. okrężnicy wykazały, że posiada on pewien stopień bakterjobójczości. Zdaje się tedy, że uzyskano związek działający na trzy czynniki wzajemnie od siebie zależne a wzajemnie na siebie wpływające w kierunku powstawania upławów nieswoistych, a mianowicie na stan ściany pochwy, na florę i na stopień kwasoty wydzieliny pochwy. Pierwsze spostrzeżenia kliniczne poczynione nad tym związkiem wykazały, że mimo stosunkowo znacznej kwasoty związek nasz stosowany i kontrolowany codziennie przez trzy miesiące nie wywołał żadnego zadrażnienia, usuwał natomiast upławy już w przeciągu dni kilku, wywierając pozatem wpływ i na stopień czystości pochwy. Wreszcie należałoby jeszcze wspomnieć o solach wapniowych tychże samych sulfokwasów naftowych, zawierających 7.5% wapnia a 12% siarki, w wodzie rozpuszczalnych, wykazujących wybitną zdolność pienienia się i emulgowania cieczy, niemieszających się z wodą, które w doświadczeniu zwierzęcem (Zakład Farmakologji Akad. Med. Wet.) okazały się dla zwierząt nieszkodliwe i stąd przy wspomnianych właściwościach istnieje uzasadniona nadzieja, że znajdą one zastosowanie w schorzeniach wewnętrznych, głównie w narządach oddechowych i przewodu pokarmowego, tam, gdzie zwyczajnie stosujemy sole wapniowe. Albowiem i sole wapniowe sulfokwasów

naftowych górują tem nad innemi solami wapniowemi, że łączą w sobie działanie sulfokwasów naftowych z właściwościami leczniczemi wapnia. Własności fizykochemiczne związków uzyskanych z odpadków przy rafinacji nafty naszego Zagłębia naftowego a opracowanych własną metodą w Zakładzie Technologji Nafty Politechniki Lwowskiej a mianowicie ich zdolność obniżenia napięcia powierzchniowego, tworzenia obfitej piany, emulgowania organicznych rozpuszczalników przy łatwej adsorbcji na adsorbensach organicznych i ich zdolnościach przenikania przez nieuszkodzoną tkankę organiczną łącznie z własnościami antyseptycznemi i aseptycznemi uzasadniały wprowadzenie tych związków do lecznictwa. Dotychczasowe spostrzeżenia i kontrola kliniczna aktywność leczniczą tych nowych związków chemicznych potwierdzają.

W dyskusji: kol. Gąsiorowski zapytuje, czy działanie lecznicze preparatu należy odnieść do sulfokwasów naftowych czy też do soli amonowych; zaznacza pozatem, że część badań nad powyższym preparatem przeprowadzał prelegent w filji Instytutu P. Z. H. we Lwowie, o czem nie wspomniał.

Kol. Grzędzielski widział przy stosowaniu naftargolu w kroplach pewne podrażnienie oczu zwłaszcza tam, gdzie zajęta była rogówka, przykre pieczenie, zwłaszcza u kobiet. Dlatego zaniechał tego sposobu stosowania. Głównie używał preparatu Dr. Mierzeckiego w postaci maści i tu miał wcale dobre wyniki przy nieżytach, będących w związku z wypryskiem, przy wypryskach powiek i przy zapaleniach brzegu powiek, nawet w takich przypadkach, gdzie inne maści były bezskuteczne, lub pogarszały stan. Osobiście zamierza te preparaty dalej stosować. Jeżeli chodzi o ich użycie w postaci maści, to należałoby znaleźć odpowiedni *constituens,* gdyż ma się wrażenie, że wazelina lub euceryna mają za duże napięcie powierzchniowe i prócz tego preparaty te źle się rozpuszczają, także źle się rozmazują i mało z nich dostaje się do skóry.

Kol. Penner zaznacza, że preparat *„naphtargol"* stosowano na oddz. prym. Ostrowskiego u 162 chorych. Jest to preparat, stojący narówni z wszelkiemi innemi lekami srebrowemi zagranicznemi, stosowanemi w lecznictwie rzeżączki a ma nadto tę zaletę, że jest tani. Jednoczy w sobie działanie ściągające i bakterjobójcze. Wyciek ropny szybko zmienia się w śluzowy, a jako wyraz energicznego działania stwierdza się w preparacie drobnowidowym rozpadłe leukocyty oraz znikanie ziarenkowców rzeżączki. Już po stosunkowo krótkim czasie, bo po 8—10 dniach dają się wykazać zaledwie tu i ówdzie pojedyncze ziarenkowce, ułożone pozakomórkowo. Czas potrzebny do wyleczenia był różny. W niektórych przypadkach niepowikłanej rzeżączki wynosił 14—18 dni, w powikłanej oczywiście był zależny od powikłania, w którym to okresie chorego nie leczono miejscowo. Co do dawkowania to nie zgodziłby się z prelegentem w stosowaniu dawek w dziesiętnych grama. Spowodu wysokiej zawartości srebra działa w tych dawkach drażniąco, natomiast stosowanie rozpoczynające leczenie w ilości 0.04 — działa dodatnio na przebieg schorzenia. Podkreśla fakt korzystnego przebiegu choroby u chorych leczonych w przychodni powyższego Oddziału. Ilość chorych wyleczonych w przychodni wynosiła 90. Czas wyleczenia wahał się między 16—24 dniami przy rzeżączce niepowikłanej. Reasumując stwierdza, iż w naftargolu otrzymano lek energiczny przeciwrzeżączkowy, zasługuje tem bardziej na poparcie, że jest produkcji krajowej, a nadto niezwykle tani i pod żadnym względem nie ustępuje podobnym preparatom zagranicznym.

Kol. Füllenbaumówna: na Oddziele skórnym Szpitala Państw. u Prof. Leszczyńskiego leczono nowym preparatem naftowym podanym przez kol. Mierzeckiego w czasie od lutego do końca kwietnia 1934 około 45 przypadków świerzbu. Wynik leczniczy naogół dobry. W pewnej ilości przypadków były spostrzegane nawroty, których przyczyny spowodu stosunkowo niezbyt dużej ilości obserwowanych przypadków nie da się napewno oznaczyć. Prawdopodobnie przyczyny nawrotów należy szukać w niedbalstwie chorych, nieprzestrzegających wskazówek, które należy po wyleczeniu świerzbu stosować.

Kol. Gerhardt miał możność stosowania sulfokwasów amonowych w preparacie, który dostarczono mu na oddz. położniczo-ginekologiczny pod postacią pastylek, (t. zw. pastylki przeciw upławom). Mówca nie uważa tej nazwy za słuszną, gdyż upławy jako takie nie stanowią jednostki chorobowej, ale są tylko objawem schorzenia, którego przyczyny niezawsze można znaleźć w narządzie rodnym kobiety. Często przyczyną upławów są schorzenia ogólne (krwi, gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, czynniki konstytucjonalne i t. d.). Korzystny efekt leczniczy wymienionemi pastylkami w takich przypadkach prelegent tłumaczy bezpośredniem działaniem chemicznych składników pastylek na już wytworzoną płynną zawartość pochwy czyli na upławy. Początkowo obfita płynna treść z pochwy zamienia się pod wpływem pastylek na masę drobnoziarnistą, przez co zmniejsza się ich wyciek na srom. Leczenie to prelegent uważa za leczenie objawowe, którego znaczenie byłoby takie samo jak leczenie nieżytu nosa zapomocą chusteczki do nosa. Mimo jednak wszystko jest to efekt cenny, gdyż uzyskując tak pożądany przez pacjentki efekt miejscowy możemy równocześnie stosować leczenie ogólne zależnie od każdorazowej przyczyny. Pewien również korzystny wpływ uzyskał prelegent i w tych przypadkach, w których przyczyną upławów były anatomiczne schorzenia narządu rodnego kobiety, chociaż wpływ ten narazie był tylko przejściowy. Ze względu na szczupłość materjału oraz krótki okres stosowania prelegent nie może wypowiedzieć ostatecznego swego zdania, uważa natomiast ten preparat za nieszkodliwy i dobry.

W odpowiedzi kol. Gąsiorowskiemu zaznacza kol. Mierzecki, że rolę leczniczą w opisanych związkach odgrywają zarówno jony organiczne jakoteż i metale z niemi związane. Odnosi się to także i do rodnika amonowego, który w soli amonowej zastępuje metal. Na teren warszawski prelegent badań swoich nie przeniósł, tem bardziej, że pierwsze badania nad ziarenkowcami rzeżączki, pałeczkami okrężnicy i paciorkowcami przeprowadzał dzięki życzliwości Prof. Gąsiorowskiego w Jego Zakładzie. Badania kontrolne nad solami srebrowemi przeprowadzono w P. Z. H. w Warszawie niezależnie od badań lwowskich w kilka miesięcy po ogłoszeniu wyniku badań lwowskich w Przeglądzie Dermatologicznym.

W odpowiedzi kol. Grzędzielskiemu zaznacza referent, że sól srebrowa może być drażniąca ale tylko w wysokich stężeniach, ze względu jednakowoż na wysokie miano bakterjobójcze stosować ją można w stężeniach małych i to nietylko tam, gdzie stosowano dotychczas protargol, ale także i azotan srebra, przyczem należy zaznaczyć, że w stężeniach stosowanych w lecznictwie w odróżnieniu od azotanu srebrowego nie działa wysalająco na białko, co jest momentem dla lecznictwa ważnym i pożądanym.

Naogół spostrzeżenia korzystne kol. Grzędzielskiego zgadzają się ze spostrzeżeniami innych kolegów okulistów obejmujących jednakże znacznie skromniejszy materjał aniżeli klinika okulistyczna.

Kol. Füllenbaumównej: Świerzb należy obecnie do dużej rzadkości, dlatego materjał przedstawiony (z Oddz. Prof. Leszczyńskiego) przez koleżankę (około 40 przypadków) należy nazwać materjałem dużym. Miarodajne w leczeniu świerzbu są przypadki wyleczone, których odsetek jest na materjale kol. Füllenbaumówny bardzo duży. Nieliczne bowiem nawroty można kłaść na karb powtórnego zakażenia, na świerzb bowiem chorują często całe rodziny a nie wszyscy poddają się równoczesnemu leczeniu i stąd często powtórne zakażenie.

Kol. Gerhardtowi: materjał kol. Gerhardta jest znacznie wyższy od materjału własnego i w zupełności potwierdza własne spostrzeżenia. Nie wchodząc narazie w etjologję upławów kobiecych, zaznaczyć jednakowoż należy, że efekt leczniczy w odniesieniu przynajmniej do objawów, jak dotychczasowe spostrzeżenia nad solą glinową wykazują, jest wyraźny. W kilku przypadkach chore cierpiące przez lat kilka na upławy stwierdzały same wybitne zmniejszenie się aż niemal do zaniku już po kilku dniach, ustąpienia zaś zupełne po kilku tygodniach.

Kol. Pennerowi: wdzięczność należy się oddziałowi skórnemu męskiemu Państw. Szpitala Doc. Ostrowskiego, z którego ramienia podjął się kol. Penner gruntownej kontroli związku srebrowego na bardzo bogatym materjale, bo 162 przypadkach. Fakt, że preparat ten nie ustępuje preparatom niemieckim, jak *„Targesin"* jest objawem pocieszającym, stwierdzone zaś wyleczenia w niektórych przypadkach już w dwa tygodnie po stosowaniu leków należy prawdopodobnie kłaść na karb wysokiego miana bakterjobójczego i właściwości adsorbcyjnych i resorbcyjnych jonu organicznego, z którym srebro jest związane. Spostrzeżenia kol. Pennera zdają się zresztą być zgodne ze spostrzeżeniami kliniki warszawskiej i poznańskiej (wedle ustnych relacyj). Spostrzeżenie kol. Pennera odnośnie do dawkowania jest słuszne, dawkę początkową należałoby zredukować do 0.01 na 100.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

LISTY DO REDAKCJI.

Jaśnie Wielmożny Panie Redaktorze!

W dodatku do Nr. 266 „Ilustrowanego Kurjera Codziennego" z dnia 25. IX. 1934. ukazał się artykuł p. t. „Telepatja w „Gazecie Lekarskiej". O mózgu jako stacji radjowej i psychologji mechanistycznej — słów kilka". Mowa jest o pracy mojej p. t. „Wśród tajemnic przyrody". Artykuł o tejże pracy napisany jest

hiperkrytycznie. Autor podpisał się początkowemi literami, a nie całem imieniem i nazwiskiem.

Na artykuł polemiczny w naukowem piśmie i nieanonimowy czułbym się w obowiązku odpowiedzieć, chociaż dyskusja na tematy metapsychiczne jest wogóle cokolwiek problematyczna, bo metapsychika i nauka lekarska stoją obecnie na całkiem różnych płaszczyznach.

Bardzo miłą, pouczającą i pożyteczną jest tylko dyskusja naukowa między ludźmi oddanymi tej samej lub pokrewnej gałęzi wiedzy.

Proszę przyjąć wyrazy

mego wysokiego poważania

Doc. Dr. Henryk Sochański.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Ppułk. lek. dr. Jerzy Babecki, znany higjenista z Warszawy został mianowany doradcą w sprawach higjeny w Republice Liberyjskiej (Afryka zach.).

Mianowani zostali w Warszawie: dr. S. Gądek — dyrektorem Szpitala św. Rocha; dr. R. Stankiewicz — dyrektorem Szpitala dziecięcego przy ul. Kopernika; dr. Kołodziejski — ordynatorem oddz. chir. Szpitala św. Rocha; dr. Mossakowski — oddz. chir. Szpitala Przem. Pańskiego; dr. Bartoszek — oddz. chir. Szpitala św. Stanisława; dr. Pokorny — oddz. wew. Szpitala św. Rocha; dr. Kwazebart — oddz. wew. Szpitala św. Łazarza.

Zmarli.

Dr. Bloch Ernest neur.-psych. w Katowicach, w wieku 63 lat.

Dr. Dowbusz Jan, chirurg-urolog, zmarł we Lwowie w wieku lat 34.

Dr. Horoszewicz Antoni z Warszawy, położnik, zmarł w wieku lat 71.

Dr. Niklas Feliks w Kartuzach, w wieku 75 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Doroczny zjazd naukowy Polskiego Lekarskiego T-wa Radjologicznego i Fizjoterapeutycznego odbędzie się w dniach 8 i 9 grudnia 1934 r. w Warszawie, w sali wykładowej II Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nowogrodzka 59. Tematy główne Zjazdu, uchwalone przez Walne Zebranie, są następujące: 1) Obraz radjologiczny płuc w zaburzeniach narządu krążenia. Ref. Dr. M. Werkenthin. Koref. Dr. W. Kaliciński. 2) Rentgenodiagnostyka w położnictwie. Ref. Dr. E. Meisels. 3) Radjoterapja układu wegetatywnego. Ref. Dr. B. Grynkraut. Zarząd T-wa uprasza o liczne zgłaszanie odczytów i pokazów w związku z tematami głównemi, a także na tematy dowolne.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXI. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 12 października 1934. 1) Kol. Cieszyński A.: a) Rzadki przypadek wielkiej torbieli w nosie środkowym. b) Przebieg leczenia samoistnego złamania żuchwy przy ostitis. c) Obustronne złamanie żuchwy w okolicy pozatrzonowcowej. 2) Kol. Tomanek. O piękności w gruźlicy (wykład).

Różne.

Francja.

Zniesienie katedr lekarskich. Na wydziałach lekarskich uniwersytetów francuskich poza dwiema, o których już donosiliśmy, zniesiono ostatnio 10 katedr a mianowicie: katedrę terapeutyki i patologji zew. w Lyonie, katedrę fizyki lekarskiej w Nancy, katedrę med. operacyjnej i klinikę położniczą w Tuluzie, klinikę chirurgiczną i katedrę fizjologji w Bordeaux, katedrę farmacji i medycyny operacyjnej w Lille, katedrę zoologji i parazytologji w Montpellier.

XLIII Kongres Chirurgji francuskiej rozpoczął się dnia 8 października b. r.

Anglja.

W Londynie odbyło się zebranie ku pamięci Sir Roberta Jonesa, znanego twórcy nowoczesnej chirurgji ortopedycznej.

Kongres międzynarodowy ubezpieczania życia odbędzie się w Londynie pod koniec czerwca 1935. W programie: metody oceniania ryzyka, prognostyka nadciśnienia, cukromoczu, wrzodów trawiennych i in.

Parlament angielski obniżył taryfy telefoniczne dla lekarzy.

Niemcy.

Ośrodki porady przedmałżeńskiej, założone w Berlinie w roku 1926, doznały niepowodzenia tak, że miasto postanowiło je zamknąć.

Dr. K. Astel z Weimaru, przewodniczący Ligi regjonalnej dla higjeny rasy w Turyngji, powołany został na katedrę eugeniki uniwersytetu w Jenie.

Komunikaty.

Ministerstwo Opieki Społecznej okólnikiem Nr. 41/34 z dn. 29. IX. 34 wyjaśnia przepisy dotyczące obowiązku zaopatrywania przetworów mięsnych w świadectwa i plomby lekarza weterynaryjnego, podając wzór „świadectwa pochodzenia i zdrowotności przetworów mięsnych".

Z Lwowskiego Towarzystwa Pomocy dla wdów i sierót po lekarzach. Wydział Towarzystwa zwraca się do ogółu PP. Lekarzy z gorącą prośbą o popieranie materjalne i drogą propagandy celów Towarzystwa. Towarzystwo nasze ma w swej stałej pieczy i udziela stałych wsparć przeszło 50 wdowom i sierotom po lekarzach we Lwowie i poza Lwowem, nadto niesie im pomoc w innej formie i stara się dla nich o odpowiednie zajęcie. Są to wdowy i sieroty, które nie otrzymują zapomóg z Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji, ponieważ ich mężowie nie należeli do tegoż Towarzystwa. Jedynym stałym, ale zmieniającym się dochodem Towarzystwa, są składki członkowskie i niestałe dochody z imprez, urządzanych przez Towarzystwo. Coraz większy zakres działalności Towarzystwa oraz obecne ciężkie czasy są powodem, że Towarzystwo boryka się z trudnościami finansowemi i niedoborem, zaś z drugiej strony nieprawdopodobnie ciężkie a często wprost rozpaczliwe położenie materjalne niektórych wdów, szczególnie staruszek, nie pozwala Towarzystwu na ograniczenie nawet najmniejsze pomocy im udzielanej. Czasowym dochodem Towarzystwa jest Klub bridżowy w „Cyganerji" (Hotel Krakowski we Lwowie), otwarty codziennie od godz. 5 do nocy. Z wyżej przytoczonych powodów Towarzystwo zwraca się z gorącym apelem do PP. Lekarzy, aby zapisywali się, względnie Ich żony, na członków Towarzystwa. Składka miesięczna wynosi 1 Zł. (Wpisy przyjmuje skarbniczka Drowa *Madejewska*. Lwów, ul. Wałowa l. 11). Przez zapisanie się do Towarzystwa i reklamowanie naszego lokalu oraz pamiętanie o jego celach przy sposobności różnych uroczystości Towarzystwo nasze powiększy swe dochody i fundusze, a tem samem spełni swe obowiązki wobec naprawdę bardzo potrzebujących. Za Wydział Towarzystwa: Przewodnicząca: Dr. *Nowicka*, zastępczynie Dr. *Reichensteinowa* i Drowa *Dolińska*, sekretarka Drowa *Obmińska*, przewodnicząca Komisji imprezowej Drowa *K. Selzerowa.*

Sprostowanie.

W Nr. 43 r. b. P. G. L., str. 807 w wiadomościach bieżących podano, że Akademja ku czci ś. p. M. Curie-Skłodowskiej odbyła się dnia 21 października r. b. w Warszawie zamiast w Łodzi, co niniejszem prostujemy.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.